



ჯანმრთელობის სიახლეები

საქართველოში საოჯახო მედიცინის განვითარება

საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამა საქართველოში: ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელი 2

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2003 წლის 17 ნოემბრიდან ფუნქციონირებს. კავშირის დამფუძნებლები, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეფორმის პირველივე დღეებიდანვე, აქტიურად მუშაობენ ქვეყანაში საოჯახო მედიცინის მოდელის განვითარებისთვის. კავშირში გაერთიანებულია ის ინტელექტუალური რესურსი, რომელიც საქართველოში საოჯახო მედიცინის დარგში უკანასკნელი წლების განმავლობაში შეიქმნა.

მსოფლიო სიახლეები

მოწოდებები მოქმედებებისაკენ - კარდიო-ვასკულური დაავადებების პრევენციის ევროპული სამიტი 9

ორგანიზაციაში გაწვერიანებული არიან პირველადი ჯანდაცვის პროფესიონალები, აგრეთვე, ოჯახის ექიმების, ზოგადი პრაქტიკის ექთნებისა და პრაქტიკოს მენეჯერების მასწავლებლები, უმაღლესი სამედიცინო სკოლების პედაგოგიური პერსონალი, რომელთა ექსპერტული ცოდნა და გამოცდილება უდავოდ ღირებულია საოჯახო მედიცინის სფეროში მყარი აკადემიური საფუძვლების ჩამოსაყალიბებლად.

EuroPrevent 2008 10

გულის უკმარისობის ევროპული ჟურნალი 10

გრიპის მესამე ევროპული კონფერენცია 11

WONCA - ევროპა 2008 11

კავშირის წევრების მიერ, უცხოელი ექსპერტების დახმარებით, შეიქმნა საოჯახო მედიცინაში ადამიანური რესურსის პროფესიული მომზადების საფუძვლები: ოჯახის ექიმებისა და ზოგადი პრაქტიკის ექთნების გადამზადებისა და უწყვეტი განათლების პროგრამები და პროფესიული სტანდარტები.

WONCA - აზიის რეგიონული კონფერენცია 12

საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკა

ინტენსიური გლიკემიური კონტროლი ACCORD - კვლევაში შეწყდა 12

კავშირის წევრები აქტიურად მუშაობენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის განვითარებისათვის. მათი ინიციატივით საოჯახო მედიცინის მოდელის სადემონსტრაციო დაწესებულებებში ინერგება ხარისხის უწყვეტი გაუმჯობესების ინსტრუმენტები, ტარდება სამედიცინო და ორგანიზაციული აუდიტები სხვადასხვა პრობლემურ თემებზე, მუშავდება გაიდლაინები და პროტოკოლები.

ჰიპერტენზიის ახალი ევროპული საზოგადოების/ კარდიოლოგების ევროპული საზოგადოების (ESH/ESC) გაიდლაინები 14

კვებითი დარღვევები პირველად ჯანდაცვაში 21



World family doctors. Caring for people

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის ვებ-გვერდი:

WWW.GFMA.GE

ელექტრონული ფოსტა:

gfma@gfma.ge

Wonca Website:

<http://www.GlobalFamilyDoctor.com>

საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი 2004 წლიდან არის ოჯახის ექიმთა მსოფლიო ორგანიზაციის "WONCA"-ს სრულუფლებიანი წევრი

საოჯახო მედიცინა – მსოფლიო პერსპექტივა

აღნიშნული სტატია განხილულ იქნა ექსპერტების მიერ.

დასამტკიცებლად წარდგენილი იყო 2006 წლის 20 დეკემბერს, განმეორებითი გადახედვა მოხდა 2007 წლის 21 მარტს, დამტკიცდა 2007 წლის 29 მარტს.

გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის სტატიის ავტორს და არ გამოხატავს აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, ამერიკის ჯანდაცვის საერთაშორისო კავშირისა და საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრის მოსაზრებებს.

საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამა საქართველოში: ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელი

ჯეიმს სანდერსი, MD, MPH

წინასიტორია: აღნიშნული კვლევა აღწერს განსხვავებულ მიდგომას ოჯახის ექიმთა მოსამზადებლად, ქრონიკული დაავადებების მართვის სპეციფიური კომპეტენციებით აღჭურვის მიზნით.

მეთოდები: საქართველოში 1999 წელს პოლიკლინიკური ქსელის ექიმთა ოჯახის ექიმებად გადამზადების ფართომასშტაბიანი პროცესი დაიწყო. აღნიშნული პროექტის 2 განმხორციელებელ ცენტრში საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრის (Center for International Health) და ადგილობრივი ჯანდაცვის სამსახურების თანამშრომლობის საფუძველზე განხორციელდა საოჯახო მედიცინის 940-სათიანი მოსამზადებელი პროგრამის გაძლიერება ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელის, კერძოდ კი არტერიული ჰიპერტენზიის მართვის სასწავლო გეგმების, სემინარებისა და პრაქტიკული მეცადინეობების ინტეგრირების გზით.

შედეგები: საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრების მიერ დაფარვის არეალის მოსახლეობაში განხორციელდა არტერიული ჰიპერტენზიის რაციონალური მართვის მოდელის დანერგვა, კერძოდ არტერიული წნევის კონტროლის მიღწევა წელიწადში 8 აშშ დოლარად თითოეულ პაციენტზე; პროექტში მონაწილე ექიმების ჯგუფის ეროვნული ერთიანი სტანდარტული ტესტირების შედეგები, ზოგადად, გამოცდის შედეგებთან შედარებით, უკეთესი იყო.

(J Am Board Fam Med 2007;20:557-564.)

1991 წლიდან, საქართველოს დამოუკიდებლობის პირველი დღეებიდანვე - ხელისუფლებამ აღიარა, რომ ქვეყანას ჰქონდა 2 ძირითადი, დამოუკიდებელი, მაგრამ ურთიერთდაკავშირებული პრობლემა ჯანდაცვის სექტორში. პირველი პრობლემა იყო ქრონიკული დაავადებებით, განსაკუთრებით, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით გამოწვეული მოკვდავობის მაჩვენებელი. 1990-იანი წლების ბოლოს მოკვდავობის საერთო შემთხვევების 70% გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიით იყო გამოწვეული; აღნიშნული მაჩვენებლის ნახევარს ჯერ კიდევ პროდუქტიულ ასაკში მყოფი ადამიანები შეადგენდნენ. აღნიშნულ ქრონიკულ დაავადებებთან დაკავშირებული ავადობა გამოწვეული იყო ეკონომიკური დაღმავლობით, უმუშევრობით, ბიუჯეტში გადასახადების ნაკლებობითა და შესაბამისად, ქვეყნის ჯანდაცვის ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილის ზრდით. მეორე პრობლემას წარმოადგენდა საზოგადოებაში/თემებში ქრონიკული და სხვა გავრცელებული დაავადებების მართვის კომპეტენციებით და პირველადი და მეორადი პრევენციის სტრატეგიებით აღჭურვილი ექიმებისა და ექთნების ნაკლებობა. ქვეყანაში იყო სამედიცინო დარგის სპეციალისტების სიჭარბე და ამ ფონზე კომპეტენტური სათემო ზოგადი პრაქტიკოსების ნაკლებობა – იქმნებოდა სიტუაცია, რომლის ფინანსური მხარდაჭერა განუხრელად კლებადი ჯანდაცვის ბიუჯეტით შეუძლებელი ხდებოდა.

საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკის მიერ ზემოაღნიშნული ორი ურთიერთდაკავშირებული პრობლემის გადაწყვეტას წინ უძღოდა პირველადი ჯანდაცვის ექიმების შესახებ 2 ფაქტის აღიარება. პირველი, რომ პირველადი ჯანდაცვის ექიმების გამოყენება ჯანდაცვის ხარჯთ-ფექტური სისტემის დანერგვის საშუალებას იძლევა. მართლაც, პირველადი ჯანდაცვის განვითარებული სისტემის მქონე ქვეყნებში ჯანდაცვის უკეთესი სტატისტიკური მაჩვენებლების მიღწევა ხარჯთ-ფექტური გზით ხდება სპეციალისტთა მომსახურებაზე დამყარებული ჯანდაცვის სისტემის მქონე ქვეყნებთან შედარებით. მეორე, რადგან პირველადი ჯანდაცვის ექიმები მუშაობენ სათემო ცენტრებში და აქვთ ქრონიკული დაავადებების სკრინინგისა და მართვის სათანადო უნარ-ჩვევები, შეუძლიათ იმ სპეციალისტების ჩანაცვლება, რომელთა პასუხისმგებლობას აღნიშნული პრობლემების მართვა წარმოადგენს. საქართველოს მთავრობა აცნობიერებს, რომ პირველადი ჯანდაცვის საშუალებით სამედიცინო მომსახურება უფრო პროდუქტიული გახდება; ამიტომ დაიწყო სპეციალისტთა ოჯახის ექიმებად გადამზადების ინტენსიური პროგრამა. აღნიშნულ სტრატეგიას (რომელიც ეროვნული

გენერალური გეგმის სახელწოდებითაა ცნობილი) მხარი დაუჭირა ევროპისა და ამერიკის დონორმა მთავრობებმა და საერთაშორისო მონეტარულმა სააგენტოებმა.

ექიმთა გადამზადების პროცესი განვითარებად ქვეყნებში განსხვავდება განვითარებული ქვეყნების ექიმთა გადამზადებისაგან. ხშირად სახეუა რიგი შეზღუდვებისა, რომლებიც ხელს უშლის საგანმანათლებლო მიზნების სრულყოფილ რეალიზაციას; ამიტომ, მაღალი ხარისხის მომსახურების მიწოდების სურვილი, შესაძლოა, იმედგაცრუებამ შეცვალოს. გავრცელებული შეზღუდვების არასრული ჩამონათვალი მოიცავს სასწავლო რესურსებისა და სამედიცინო ტექნოლოგიების, კომუნიკაციის, ჯანდაცვის საინფორმაციო მენეჯმენტის, დამხმარე სამსახურების, უსაფრთხოების, სატრანსპორტო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის ნაკლებობას, არასათანადო საექთნო სამსახურებსა და ინფრასტრუქტურის მართვას.

წინასიტორია:

საქართველოს დასავლეთიდან ესაზღვრება შავი ზღვა, სამხრეთიდან – თურქეთი და სომხეთი, აღმოსავლეთიდან აზერბაიჯანი, ხოლო ჩრდილოეთიდან – რუსეთი. ქვეყნის შემადგენლობაში შედის აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკა და აჭარისა და სამხრეთ ოსეთის ყოფილი ავტონომიური რეგიონები.

1921-1991 წლებში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის ნაწილს წარმოადგენდა, რომლის მსგავსად იგი თითქმის სრულიად სახელმწიფო მფლობელობაში იყო და მის პრიორიტეტულ მიმართულებას ძირითადად მეორე და მესამე დონის სამსახურები წარმოადგენდა. სისტემა ფინანსდებოდა მთავრობის მიერ და დაგეგმვა, ორგანიზაცია და რესურსების განაწილება თითქმის მთლიანად მოსკოვის კონტროლს ექვემდებარებოდა. სისტემის პრიორიტეტი იყო მკურნალობა და არა პრევენცია და შესაბამისად, სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ჰოსპიტალური მომსახურება, ამბულატორიულ მომსახურებას, ძირითადად, პოლიკლინიკებსა და დისპანსერებში დასაქმებული სპეციალისტები ახორციელებდნენ. მომსახურების სისტემაში საავადმყოფოები დომინირებდა. გარდა ჯანდაცვის სამინისტროს დაწესებულებებისა, საკუთარი პერსონალის მომსახურებისათვის სამედიცინო დაწესებულებებს ფლობდნენ თავდაცვისა და შინაგან საქმეთა სამინისტროები და რკინიგზის დეპარტამენტი. ჰოსპიტალური საწოლების რაოდენობა იყო ძალიან დიდი. ამგვარი სისტემის ფუნქციონირება მოითხოვდა დიდი რაოდენობით რესურსებს და სამედიცინო პერსონალს. აღნიშნულ სისტემაში ქართველების პასუხისმგებლობა მინიმალური იყო და ძირითადად მოიცავდა ჯანდაცვის ინდიკატორების შესახებ ანგარიშგებას მოსკოვის წინაშე. თითოეულ საბჭოთა მოქალაქეს ჯანმრთელობის უზღვევა უფასოდ ჰქონდა გარანტირებული. ქართველი ექიმები ხელფასს სახელმწიფოსაგან იღებდნენ, მაგრამ ექიმის მომსახურების არალეგალური ანაზღაურება პაციენტის მიერ ძალიან გავრცელებული იყო.

1991 წლის 9 აპრილს საქართველომ დამოუკიდებლობა გამოაცხადა. შემდგომ წლებში მთავრობის მიერ ჯანდაცვის წლიური დაფინანსება 1990 წელს არსებული ერთ სულ მოსახლეზე 13 აშშ დოლარიდან 1994 წელს 1 აშშ დოლარზე ქვემოთ ჩამოვიდა. ბიუჯეტის შემცირებამ სამედიცინო დაწესებულებების, ტექნიკისა და აღჭურვილობის მდგომარეობა მკვეთრად გააუარესა. ავადობის მაჩვენებლების ზრდის მიუხედავად მოსახლეობის მოთხოვნა სახელმწიფო სამედიცინო მომსახურებაზე მკვეთრად დაეცა. ჯანდაცვის სამსახურებმა თანდათან კერძო სექტორში გადაინაცვლა, ხოლო პაციენტის მიერ სამედიცინო მომსახურების უშუალო დაფინანსება სამედიცინო დახმარების მიღების სტანდარტულ მეთოდად იქცა. თუმცა, კერძო მედიცინა საქართველოს მოსახლეობის უმრავლესობისათვის ხელმისაწვდომი არ არის მათი გადახდის უუნარობის გამო.

ცხრილი 1. საქართველოს დემოგრაფიული მაჩვენებლები

ქორწინების ასაკი წლების განმავლობაში არსებულზე მაღალია

მოკვდავობის საერთო მაჩვენებელი მაქსიმუმს მიაღწია 1980 წლის შემდეგ პერიოდში

შობადობის საერთო მაჩვენებელი მინიმუმამდე დაეცა 1958 წლის შემდეგ პერიოდში

ბავშვთა მოკვდავობის მაჩვენებელი 23.8%-ია (2004)

ქვეყნის მოსახლეობის რაოდენობა მინიმუმამდე დაეცა 1959 წლის შემდეგ პერიოდში

ჯანდაცვის სისტემა დეზორგანიზებული აღმოჩნდა, რადგან მთავრობის მიერ ჯანდაცვის საყოველთაო ხელმისაწვდომობის გამოცხადების მიუხედავად მისი ბიუჯეტი საკმარისი არ იყო მთელი მოსახლეობის მოცვისათვის, ხოლო კერძო მედიცინა საშუალო ქართველი მოქალაქისათვის ძალიან ძვირი აღმოჩნდა.

დღეს საქართველოს მოსახლეობისათვის დამახასიათებელია ძალზე სწრაფი დაბერება და ქრონიკული დაავადებების მაღალი ტვირთი. შობადობის მაჩვენებელი იმდენად დაბალია, რომ მოსახლეობის რაოდენობას კლების ტენდენცია აქვს (იხ. ცხრილი 1). სიკვდილობის მაჩვენებელი 1980 წლის შემდეგ ყველაზე მაღალ ნიშნულზეა გულ-სისხლძარღვთა, ონკოლოგიური და რესპირატორული დაავადებებით გამოწვეულ სიკვდილის მიზეზებში. თბილისში უმუშევრობის დონე 26%-ს აღწევს.

მეთოდები

1996 წელს ამერიკულმა არასამთავრობო ორგანიზაციამ საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრმა (Center for International Health - CIH), რომლის სათაო ოფისი ვისკონსინის შტატში, ქმილოუკში მდებარეობს, ჩაატარა ორეტაპიანი კლასტერული კვლევა 40-65 წლის ასაკის 321 ადამიანზე საქართველოს დედაქალაქში. კვლევის შედეგად გამოირკვა, რომ მოსახლეობის 58%-ს აღნიშნებოდა არაკონტროლირებული არტერიული ჰიპერტენზია, ხოლო 17%-ს კონტროლირებადი არტერიული ჰიპერტენზია. ანალოგიური კვლევა ჩატარდა თბილისის ჩრდილოეთით მდებარე სოფელში, სადაც მსგავსი შედეგები დაფიქსირდა. აღნიშნული კვლევების მიხედვით არტერიულ ჰიპერტენზიას საქართველოში ეპიდემიის მასშტაბები ჰქონდა.

1998 წელს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტრომ ბრიტანეთის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს მხარდაჭერით დაიწყო 940-სათიანი სასწავლო პროგრამა სპეციალისტი ექიმების ოჯახის ექიმებად გადასამზადებლად. ცხრილი №2 გვიჩვენებს სასწავლო პროგრამის ძირითად ელემენტებს, სასწავლო ფორმატს და პროგრამის განაწილებას საათების მიხედვით. 1999 წელს საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრი აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს გრანტის საფუძველზე და ამერიკის საერთაშორისო ჯანდაცვის კავშირის საშუალებით, ოჯახის ექიმთა გადამზადების პროგრამაში ჩაერთო. აღნიშნული გრანტებით (აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, ამერიკის ჯანდაცვის საერთაშორისო კავშირის, ორგანიზაციის “პარტნიორები ჯანდაცვისათვის” საგრანტო პროგრამა დსთ-ს ქვეყნებისათვის) დაფინანსდა პარტნიორული პროგრამა მცხეთა-მთიანეთის ჯანდაცვის რეგიონულ დეპარტამენტთან და დაარსდა პირველი საოჯახო მედიცინის რეგიონული სასწავლო ცენტრი საქართველოს დედაქალაქ თბილისის ფარგლებს გარეთ.

გარდა ჯანდაცვის სამინისტროს საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამის ხარისხის კონტროლისა, საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრმა ორი დამატებითი პროექტი განახორციელა. უპირველეს ყოვლისა, ეს იყო ანტიჰიპერტენზიული პროგრამა – მეცნიერულ მტკიცებაზე დამყარებული ინიციატივა, რომლის ამოცანა იყო ხელმისაწვდომი და იაფი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების გამოყენება არანამკურნალები ჰიპერტენზიის მაჩვენებლების შესამცირებლად. შემუშავდა პროტოკოლი, სადაც მარტივი სახელმძღვანელო პროცედურა საშუალებას აძლევდა კლინიკისტებს პაციენტებისათვის დაენიშნათ თიაზიდების ჯგუფის შარდმდენი საშუალება და/ან ბეტა-ბლოკერი. შემდგომი 30-თვიანი პერიოდის განმავლობაში აღნიშნული პროტოკოლის მიხედვით განხორციელდა ჰიპერტენზიით დაავადებული 251 პაციენტის მართვა. პირველად *Ethnicity and Disease*-ში გამოქვეყნებულმა შედეგებმა აჩვენა, რომ კვლევის დასასრულს არტერიული წნევის კონტროლის მაჩვენებელმა 59% შეადგინა. მეორე, საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრი, ასევე, აცნობიერებს ქრონიკული დაავადებების მართვის აღნიშნული მოდელის სწავლების მნიშვნელობას და რთავს მას საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროგრამაში. რადგან საქართველოში ქრონიკული დაავადებების ტვირთი დიდია, განსაკუთრებით ასაკოვან მოსახლეობაში, ოჯახის ექიმების მომზადება ამ ახალი მოდელის მიხედვით, აგრეთვე, პრაქტიკულ მოთხოვნას წარმოადგენდა. ანტიჰიპერტენზიული პროექტის სასწავლო მოდელად გამოყენებით საერთაშორისო განვითარების ცენტრმა ხელი შეუწყო ქართველი ექიმების მიერ მნიშვნელოვანი კომპეტენციების ათვისებას, ესენია: გუნდური მომსახურება, უწყვეტი განათლება, სათემო პირველადი ჯანდაცვა, კულტურალური კომპეტენციები, ჯანდაცვის პოლიტიკის გაცნობა, სათემო ჯანდაცვის სისტემების ჩამოყალიბება, მტკიცებაზე დამყარებული მედიცინა, პრაქტიკის მენეჯმენტის სათანადო ტექნიკა (მათ შორის დანახარჯების კომპენსაცია, ხარისხის უზრუნველყოფა, დროის მენეჯმენტი, პრევენციული სამსახურები, მომსახურების ქსელები). საერთაშორისო განვითარების ცენტრი აცნობიერებს, რომ ეფექტიანი სწავლებისათვის მსმენელებს უნდა ჰქონდეთ პრაქტიკული გამოცდილება სასწავლო პროგრამიდან მიღებული თეორიული ცოდნის გასამყარებლად.

ცხრილი №2

საქართველოს საოჯახო მედიცინის გადამზადების პროგრამა

	მოდული	პროგრამის ელემენტები	საათების რაოდენობა	
			მეცადინეობა მცირე ჯგუფში	კლინიკური სწავლება
I	საოჯახო მედიცინა საქართველოში	1.1. შესავალი, ზოგადი მიმოხილვა, ტრენინგის მეთოდოლოგია 1.2. პირველადი ჯანდაცვის განსაზღვრა და ელემენტები 1.3. პაციენტზე ორიენტირებული მომსახურება 1.4. პირველადი ჯანდაცვის ფილოსოფია 1.5. პირველადი ჯანდაცვის ფუნქცია 1.6. პირველადი ჯანდაცვის გუნდის ფუნქცია 1.7. პირველადი ჯანდაცვის ექიმის ფუნქცია	8 16 16	
II	პაციენტის კონსულტაცია	2.1. პროცესი, პაციენტის დამოკიდებულება, მოქნილობა, დიაგნოსტიკური მოდელი, მოლაპარაკება, პაციენტთან ურთიერთობა	16	8
III	ძირითადი კლინიკური უნარები: კლინიკური თეორია და პრაქტიკა	3.1. პრევენცია – ძირითადი პრინციპები, ხარჯთეფექტური სამედიცინო მომსახურების უნარ-ჩვევები, სკრინინგი 3.2. ქრონიკული დაავადებების მართვა 3.2.1. მტკიცებაზე დამყარებული მედიცინა, კლინიკური პრაქტიკის სახელმძღვანელოები 3.2.2. გულის იშემიური დაავადება 3.2.3. ჰიპერტენზია 3.2.4. შაქრიანი დიაბეტი 3.2.5. ქრონიკული ასთმა 3.2.6. ეპილეფსია 3.2.7. პარკინსონის დაავადება გავრცელებული სამედიცინო პრობლემების მართვა ზოგად პრაქტიკაში 3.3. ზოგად პრაქტიკაში გავრცელებული სინდრომების და სიმპტომების მართვა 3.3.1. ყელის ტკივილი 3.3.2. თავის ტკივილი 3.3.3. დაღლილობა 3.3.4. დიარეა 3.3.5. მუცლის ტკივილი 3.3.6. ტკივილი გულ-მკერდის არეში 3.3.7. ზურგის/წელის ტკივილი 3.3.8. დისპეფსია 3.3.9. თავბრუსხვევა 3.3.10. სიყვითლე 3.4. სხვა სისტემები 3.4.1. კარდიოვასკულარული სისტემა 3.4.2. ტუბერკულოზი 3.4.4. გასტროენტეროლოგია 3.4.5. ენდოკრინოლოგია 3.4.6. ნევროლოგიური პრობლემები 3.4.7. დერმატოლოგია 3.4.8. რევმატოლოგია 3.4.9. საშარდე სისტემა 3.4.10. პედიატრია	14 96 38 8 6 8 6 16 10 6 6 6	2 40 34 4 2 8 2 8 6 2 2

		3.4.11. ქალთა ჯანმრთელობა 3.4.12. მცირე ქირურგია 3.4.13. გერიატრია 3.4.14. პალიატიური სამსახურები 3.4.15. ფსიქიატრია 3.4.16. ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებები 3.4.17. ოფთალმოლოგია 3.4.18. დერმატოლოგია	64 64 16 12 12 16 8 8 8	56 56 32 4 4 16 16 16 16
IV	კლინიკური ექსპედიმთოლოგია	4.1. ინციდენტობა, პრევალენტობა, ავადობა, სიკვდილობა, რისკ-ფაქტორები, შედარებითი და აბსოლუტური რისკი და ა.შ. 4.2. კვლევის ძირითადი მეთოდები და მათი მნიშვნელობა	16	
V	პროფესიული პასუხისმგებლობები	სამედიცინო ეთიკა; სამედიცინო კანონმდებლობა; „კარგი პრაქტიკა“	16	
VI	ცენტრის მართვა	დაგეგმვა, მართვა და ფინანსები ინფორმაციის მენეჯმენტი საკადრო რესურსების მართვა ორგანიზაციული აუდიტი	56	
VII	პროექტი (აუდიტი და კვლევა)	ინტერესის სფეროს განსაზღვრა, პრობლემის ფორმულირება, ლიტერატურის ძიება, მონაცემთა შეგროვება, მონაცემთა ანალიზი	32	
		სულ, ჩატარებული მეცადინეობები	604	336

სასწავლო პროგრამა აკრედიტებული იყო საქართველოს უწყვეტი პროფესიული განვითარების საბჭოს მიერ 2006 წლის 16 ივნისს.

აღნიშნული მრავალწლიანი და მრავალეტაპიანი სწავლება მოიცავდა ექიმისა და ექთნის გუნდური მუშაობის აღიარებას; ექიმებისა და ექთნების ერთობლივ მონაწილეობას ადგილობრივ და რეგიონულ სემინარებში; ქრონიკული დაავადებების (განსაკუთრებული ჰიპერტენზიის) მართვის უნარებს სამუშაო ადგილზე; საერთაშორისო ან ქართველი კონსულტანტების ყოველთვიურ ვიზიტებს პრაქტიკაში; რამდენიმე ქართველი ექიმისა და ექთნის ყოველწლიურ ინტენსიურ სწავლებას აშშ-ში; ასევე, რიგ ტრენინგების ტრენინგის ტიპის ერთკვირიან კურსებს ისეთი თემატიკით, როგორცაა მტკიცებაზე დამყარებული მედიცინა, პროფესიონალიზმი და სამედიცინო ინფორმაციის მენეჯმენტი.

საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრის ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელის საოჯახო მედიცინის ტრენინგის პროგრამაში ინტეგრაციის სტრატეგია შემდგომ გავრცელდა შიდა ქართლის რეგიონში, კერძოდ გორსა და ქარელში. ცხრილი №2 მიუთითებს, რომ ოფიციალური გადამზადების პროგრამა ძირითადად საკლასო ოთახში მიმდინარეობს და დიდაქტიკურ ლექციებზეა დამყარებული. მიუხედავად იმისა, რომ ქართული საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამით არაერთ სასწავლო ცენტრში სარგებლობენ, ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელი მხოლოდ 2 ცენტრში – გორსა და მცხეთაშია სრულად ჩართული მომავალი ოჯახის ექიმების თეორიული და პრაქტიკული მეცადინეობების გეგმაში.

შედეგები

საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრის პროგრამა უკვე შვიდი წელია ხორციელდება და აღიარებულია ექიმებისა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ. ასევე, მცხეთის საოჯახო მედიცინის ცენტრი ერთადერთი საოჯახო მედიცინის ცენტრია თბილისის ფარგლებს გარეთ. დღეისათვის აღნიშნულ ცენტრში მომზადდება გაიარა 60-ზე მეტმა ექიმმა და 74-ზე მეტმა ექთანმა, რომლებმაც გამოცდებზე, სხვა სასწავლო ცენტრებში გადამზადებულ კოლეგებთან შედარებით, უფრო მაღალი შეფასება დაიმსახურეს; მცხეთის ჯგუფის 70%-მა გამოცდებზე მაღალი შედეგი აჩვენა. გარდა ამისა, საოჯახო მედიცინის სხვა სასწავლო ცენტრებისაგან განსხვავებით, მცხეთის ცენტრის წარმომადგენელს არასოდეს მიუღია უარყოფითი შეფასება სახელმწიფო სალიცენზიო გამოცდაზე. კურსდამთავრებულთაგან 4 ექიმი და 2 ექთანი მომზადდა საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამის სერტიფიცირებულ ტრენინგებად, რაც პროფესიული განვითარების

ეროვნული პოტენციალის შექმნას ნიშნავს (ლ. კვაჭანტირაძე, ამერიკის ჯანდაცვის საერთაშორისო კავშირი, თბილისი, პირადი ელექტრონული მიმოწერა, 13 ნოემბერი, 2006).

საშუალო არტერიული წნევა და კონტროლირებადი არტერიული წნევის მქონე პაციენტების რაოდენობა სხვადასხვა ქვეჯგუფში

ცხრილი №3

ჯგუფები	ბაზისური*			30 თვის მონიტორინგის შემდეგ				კონტროლირებადი** პაციენტები
	პაციენტი	სისტოლ წნევა	დიასტოლ წნევა	სისტოლ წნევა	სისტოლ წნევის ცვლილება	სისტოლ წნევა	სისტოლ წნევის ცვლილება	
სულ	251	170	95	140	-30	82	-13	59%
მამაკაცი	67	173	98	136	-37	80	-18	66%
ქალი	184	169	94	141	-28	83	-11	56%
ასაკი <60	123	166	95	139	-27	82	-13	64%
ასაკი ≥60	128	174	96	142	-32	83	-13	53%
ჰიპერტენზიის I სტადია	81	152	89	138	-14	81	-8	68%
ჰიპერტენზიის II სტადია (JNC VI)	102	168	93	139	-29	81	-12	63%
ჰიპერტენზიის III სტადია (JNC VI)	68	194	106	145	-49	85	-21	41%
იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია	63	158	84	139	-19	83	-1	74%
სისტოლური ა.წ. ≥ 200	25	213	112	150	-63	87	-25	20%
დიასტოლური ა.წ. ≥ 110	27	201	112	152	-49	88	-24	17%
პაციენტები თანმხლები მძიმე დაავადებებით***	68	172	98	148	-24	86	-12	30%

არტერიული წნევის მაჩვენებლები წარმოდგენილია ვწყ. სვ. მმ-ში, JNC VI, Joint National Committee VI.

*საწყისი მაჩვენებლები ყველა პაციენტისათვის მკურნალობამდე; მონაცემები, რომლებიც ნაჩვენებია კატეგორიაში “30 თვის მონიტორინგის შემდეგ” მოიცავს პაციენტებს, რომლებიც კვლავ მონაწილეობდნენ 30 თვის მონიტორინგის შემდეგ.

** არტერიული წნევა 140/90 მმ ცწყ. სვ-ზე ნაკლები განიხილება კონტროლირებულ არტერიულ წნევად.

*** ძირითადი თანმხლები დაავადებები მოცავს გულის უკმარისობას, ინსულტს, მიოკარდიუმის ინფარქტს, დიაბეტს, პერიფერიული სისხლძარღვებისა და თირკმლის დაავადებებს.

არტერიული ჰიპერტენზიის კონტროლის პროგრამის დაწყებიდან 6 თვის განმავლობაში შედეგებმა სისტოლური წნევის საშუალო დაქვეითება – 30 მმ ვწყ. სვ. და დიასტოლური წნევის საშუალო დაქვეითება გამოავლინა – 13 მმ ვწყ. სვ. ხარჯების ანალიზით გამოვლინდა, რომ დაქვეითებული არტერიული წნევის შენარჩუნება შესაძლებელია წელიწადში 8 აშშ დოლარად. ცხრილში №3 დეტალურად არის აღწერილი არტერიული წნევის კონტროლის პროგრამის შედეგები. სხვა კვლევებზე დაყრდნობით მცხეთა-მთიანეთში მიღწეული არტერიული წნევის დაქვეითება, სავარაუდოდ, გამოიწვევს ავადობის დაქვეითების შემდეგ მაჩვენებლებს: ინსულტი – მინიმუმ 40%-ით, მიოკარდიუმის ინფარქტი – მინიმუმ 20%-ით, გულის უკმარისობა – მინიმუმ 50%-ით, ხოლო ყველა სხვა დაავადებები ერთად – 20%-ზე მეტით. ველოდებით როგორც ტრენინგის პროგრამის, ისე არტერიული ჰიპერტენზიის პროგრამის შედეგებს გორის საოჯახო მედიცინის სასწავლო ცენტრიდანაც.


დისკუსია

ცივი ომის დამთავრების შემდეგ ნაკლებად განვითარებული ქვეყნების ჯანდაცვის ბიუჯეტები მნიშვნელოვნად შემცირდა დიდი ოდენობის გარეგანი სუბსიდირების შეწყვეტის გამო. საქართველო გამონაკლისი არ ყოფილა - ჯანდაცვის ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე შემცირდა ნომინალურ ოდენობამდე მოსკოვის დაფინანსების შეწყვეტის შემდეგ. ამ დილემის მკაფიო მოკლევადიანი გადაწყვეტის არარსებობის პირობებში საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა გრძელვადიანი გადაწყვეტილება და დაიწყო ქვეყნის ჯანდაცვის საჭიროებებისა და დაგეგმილი ჯანდაცვის ბიუჯეტის შესაბამისი ჯანდაცვის სისტემის მშენებლობა. ამისათვის ყველაზე მიზანშეწონილ გადაწყვეტად მიჩნეულ იქნა საქართველოში საოჯახო მედიცინის დამკვიდრება.


გეროს ქრონიკული დაავადებების ტვირთის შესახებ ანგარიშში გამოთქმულია მოსაზრებები აღნიშნული პრობლემის გადაჭრის ახალი მეთოდების საჭიროების შესახებ. არსებობს რეაქტიული, ავტოკრატიული მიდგომები კონკრეტულ დაავადებებთან დაკავშირებით, მაგ. ინფექციების ეპიდემიები. თუმცა გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ დროთა განმავლობაში უფრო პროაქტიული, პრევენციული მიდგომა ჯანმრთელობის ბევრად უკეთეს შედეგებს განაპირობებს. სამედიცინო ინსტიტუტმა მოგვარა ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელი აშშ-სათვის; საოჯახო მედიცინის მრავალი სასწავლო პროგრამა იხილავს ამ მოდელს მისი მიმდინარე სასწავლო პროგრამაში ჩართვის მიზნით. ჩვენი ინფორმაციით ნაკლებ განვითარებულ ქვეყნებში თითქმის არ ყოფილა ქრონიკული დაავადებების მართვის სასწავლო პროგრამაში ჩართვის მცდელობა. მცხეთა-მთიანეთის გამოცდილების განვრცობა საქართველოს სხვა რეგიონებში ადვილი არ იქნება. მაგ. რესურსების პერმანენტული ნაკლებობა ჯანდაცვის სექტორში უარყოფითად მოქმედებს როგორც პირველადი ჯანდაცვის ექიმების სწავლებაზე, ისე ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელის დანერგვაზე. საქართველოს მთავრობა წელიწადში ერთ პაციენტზე არტერიული ჰიპერტენზიით მაღალ ფასს – 8 აშშ დოლარს იხდის; ეს ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის მთლიანი დაფინანსების ძალზე დიდი წილია. გაურკვეველია, შეძლებს თუ არა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ჰიპერტენზიის პროგრამაზე მოხმარებული კერძო დაფინანსების ჩანაცვლებას. გარდა ამისა, საქართველოს მულტიდისციპლინურ კლინიკურ სექტორში ჯერ კიდევ დიდია სპეციალისტების მომსახურებაზე დამყარებული საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის გავლენა. ზოგიერთი სამედიცინო სპეციალობისა და რიგი პაციენტებისათვის პირველად ჯანდაცვაზე დამყარებულ ჯანდაცვის სისტემაზე გადასვლა შესაძლოა მწელი აღმოჩნდეს. საჭიროა ასევე იმის გაცნობიერება, რომ ზოგიერთისათვის ძალზე მიმზიდველი რჩება მესამე დონის მომსახურება; საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკის მესვეურებისათვის ადვილი არ იქნება ამ მომსახურების პირველი და მეორე დონის პრევენციული სამსახურებით ჩანაცვლება პირველადი ჯანდაცვის სექტორში.

დასკვნა

ქრონიკული დაავადებების მოდელის საოჯახო მედიცინის ქართულ სასწავლო პროგრამაში ჩართვის პროცესში საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრმა წარმატებით მოამზადა მაღალკვალიფიციური ექიმები, რომლებიც სათემო მომსახურებას ახორციელებენ. მიუხედავად იმისა, რომ მონაცემები ჯერ საბოლოო არ არის, კურსდამთავრებულთა შედეგები მიუთითებს, რომ ქრონიკული დაავადებების მართვის მოდელის ჩართვით საოჯახო მედიცინის სასწავლო პროგრამაში სათანადო კომპეტენციების მიღწევა შესაძლებელია უფრო ადრე და უფრო სრულყოფილად საოჯახო მედიცინის ტრადიციულ სასწავლო პროგრამასთან შედარებით. გარდა ამისა, ეს პროექტი არის მაგალითი იმისა, თუ როგორ შეუძლია პრველადი მომსახურების სათემო ჯანდაცვის გუნდს პაციენტებთან მუშაობა ჯანმრთელობის გამოსავლების ხარჯთ-ფექტური გზით გასაუმჯობესებლად. საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრის წარმატება საქართველოში მიუთითებს, რომ ამ მიღწევების გამოყენება შესაძლებელია საქართველოში საოჯახო მედიცინის წარმატებით დანერგვის მიზნით. თავის მხრივ, საქართველოს ორიენტირება სათემო პირველად ჯანდაცვაზე, შესაძლებელია, გამოყენებულ იქნას როგორც მოდელი იმ ქვეყნებისათვის, რომლებიც ცდილობენ საკუთარი ჯანდაცვის ბიუჯეტების მორგებას ჯანმრთელობის მზარდ პრობლემებსა და შემცირებულ საბიუჯეტო შემოსავლებზე.



European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation
A Registered Branch of the ESC




EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

Call for Action - resulting from the European Summit on CVD Prevention

Dear Dr Karosanidze,


You were invited to the [European Summit on CVD Prevention](#) and we would like to take this opportunity to share with you highlights of this successful event which you were not able to attend.



European Summit on CVD Prevention

The Summit resulted in a [Call for Action](#) (PDF 280KB) to promote a heart healthy environment in Europe. Three critical steps have been identified to pursue European initiatives through various actions at a national level:

- Creation of a multidisciplinary alliance
- National strategies including education, health insurance, primary care and hospitals
- Evaluation

 **Webcasts from the Summit are now available online.**

We count on your support to take action in your country to meet the objectives set forth in this document and we invite you to join us at the European Forum on CVD Prevention planned on 30 August at the ESC Congress in Munich, where first results on the implementation activities both at a clinical and political level will be shared with you. Details will be sent to you soon.

Kind regards,

Sophie Squarta
European Coordinator for CVD Prevention
ESC/EACPR

მოწოდებები მოქმედებებისაკენ - კარდიო-ვასკულური დაავადებების პრევენციის ევროპული სამიტი

2008 წლის 17-18 იანვარს საფრანგეთში, ევროპის „გულის სახლში“ კარდიო-ვასკულური დაავადებების პრევენციის ევროპული სამიტი ჩატარდა, რომელზეც მიწვეული იყო საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. სამიტს ესწრებოდა 200 დელეგატი 46 ქვეყნიდან და 27 ჯანმრთელობის ორგანიზაციიდან. აღნიშნული შეხვედრა ერთ-ერთია იმ რამდენიმე ინიციატივას შორის, რომელიც მხარს უჭერს კარდიო-ვასკულური დაავადებების პრევენციის სახელმძღვანელო (გაიდლაინის) რეკომენდაციების პოლიტიკურ და პრაქტიკულ განხორციელებას და დანერგვის აქტივობების გაძლიერების მიზნით ნაციონალური მულტი-დისციპლინური სამუშაო ჯგუფების განვითარების ხელშეწყობას. „სამიტის მიზანია კარდიო-ვასკულური დაავადებების პრევენციასთან დაკავშირებული იმ მიუღებელი ნაპრალების შემცირება, რომელიც არსებობს რეკომენდებულსა და ყოველდღიურ პრაქტიკაში რეალურად მიღწეულს შორის“- ასე შეაჯამა აღნიშნული სამიტი კარდიო-ვასკულური პრევენციის გაერთიანებული ევროპული საზოგადოების თავმჯდომარემ, პროფესორმა გაი დე ბეიკერმა.

ძირითადი თემები:

- კარდიო-ვასკულური პრევენციის გაიდლაინები და კლინიკური პრაქტიკა
- დანერგვა ქვეყნის მასშტაბით
- პრევენციული კარდიოლოგიური მოვლის ინსტრუმენტები
- პრევენციული კარდიოლოგიური მოვლის მოდელები
- პრაქტიკული მიდგომები მოსახლეობის სტრატეგიებზე
- მულტი-დისციპლინური ნაციონალური ალიანსები
- წარმატების ბენჩმარკი, მტკიცებულებების შეთანხმება და მოწოდება მოქმედებისათვის

სამიტი დასრულდა „მოქმედებაზე გადასვლის მოწოდებებით“ იმისათვის, რომ დავამკვიდროთ ჯანმრთელი გულის გარემო ევროპაში. ევროპული ინიციატივები მოიცავს ეროვნულ დონეზე სამი მიმართულებით აქტივობების ჩატარებას:

- მულტი-დისციპლინური ალიანსების დაფუძნება

- ეროვნული სტრატეგია, რომელიც მოიცავს განათლებას, ჯანმრთელობის დაზღვევას, პირველად ჯანდაცვასა და ჰოსპიტალურ მკურნალობას
- ევალუაცია - შეფასება

ასოციაციის შემდგომი მოწვევა უკავშირდება *კარდიო-ვასკულური პრევენციის ევროპულ ფორუმს*, რომლის ორგანიზატორია *კარდიო-ვასკულური პრევენციისა და რეაბილიტაციის ევროპული ასოციაცია* (EACPR). იგი ჩატარდება **2008 წლის 30 აგვისტოს კარდიოლოგების ევროპული საზოგადოების (ESC) კონგრესზე მიუნხენში**, სადაც გაზიარებული იქნება ორივე - პოლიტიკურ და პრაქტიკულ დონეებზე მიღწეული პირველი შედეგები.

კარდიოლოგების ევროპული საზოგადოების კონგრესი აწყობს უნიკალურ ფორუმს, სადაც მთელი მსოფლიოდან წარმოდგენილ ჯანმრთელობის პროფესიონალებს ეძლევათ შესაძლებლობა შეხვდნენ და ერთმანეთს გაუზიარონ იდეები და ინფორმაციები. კონგრესის სამეცნიერო პროგრამა, რომლის მიზანია სრულყოფილი ბალანსის მიღწევა კლინიკურ განათლებასა და უახლეს სამეცნიერო სიახლეებს შორის, გააშუქებს მნიშვნელოვან საკითხებს კარდიო-ვასკულური დაავადებების დიაგნოზის, მართვისა და მკურნალობის შესახებ და წარმოადგენს უახლეს ბაზისურ, კლინიკურ და პოპულაციის კვლევების შედეგებს. კონგრესის თემა იქნება კარდიო-ვასკულური არაინვაზიური გამოსახულებითი კვლევების (ექოკარდიოგრაფია, ნუკლეარულ-გამოსახულებითი და მაგნიტურ-რეზონანსული) ჩატარება, რაც უზრუნველყოფს კარდიო-ვასკულური სისტემის 3 და 4 განზომილებიან ვიზუალიზაციას. უახლესი ტექნოლოგიები - კომპიუტერული ტომოგრაფია არაინვაზიური ანგიოგრაფიის ჩატარების შესაძლებლობას იძლევა. აღნიშნული საშუალებები უზრუნველყოფს ყოვლისმომცველ ინფორმაციას გულისა და კორონარული არტერიების შესახებ, ანატომიიდან დაწყებული ფუნქციურისა და პერფუზიის ჩათვლით. გარდა აღნიშნულისა, კონგრესზე წარმოდგენილი იქნება უახლესი გაიდლაინები, რასაც მიეძღვნება სპეციალური სადისკუსიო სესიები.

EuroPrevent 2008

EuroPrevent არის მეცნიერებისა და კლინიკური კარდიოლოგიის შეხვედრის ადგილი, სადაც ხდება ცოდნის, უნარ-ჩვევების და გამოცდილების გაზიარება და სტრატეგიების შემუშავება საუკეთესო პრევენტული კარდიოლოგიის დამკვიდრებისათვის.

EuroPrevent 2008 შედგება პარიზში, საფრანგეთში, 2008 წლის 1-3 მაისს. ძირითადი თემებია მაქრინი დიაბეტი, არტერიული ჰიპერტენზია და ლიპიდები.

დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება შეგიძლიათ ვებგვერდზე:
<http://www.escardio.org/congresses/Europrevent/europrevent2008/>

გულის უკმარისობის ევროპული ჟურნალი

2008 წლის გულის უკმარისობის ევროპული ჟურნალის მარტის გამოცემაში რამდენიმე გვერდი გულის უკმარისობით პაციენტებში რესინქრონიზაციული თერაპიის (CRT) გამოყენებას ეთმობა. სტატია მოიცავს გულის რესინქრონიზაციული თერაპიის ფართო ასპექტებს, მკურნალობის აღნიშნული მეთოდის გამოყენების ეფექტურობის პრედიქტორებს, ინტენსიური თერაპიის პროცესში მის გამოყენებას, გულის უკმარისობით დიაბეტიან პაციენტებში CRT- მოწყობილობის ინპლანტაციის გრძელვადიანი გამოსავლების პროგნოზს.

კვლევები ადასტურებს გულის უკმარისობით პაციენტებში მწვავე დეკომპენსაციის დროს ამბულატორიული ინტრავენური დიურეტიკული თერაპიის გამოსავლებზე დადებით ეფექტს და გვთავაზობს აღნიშნული ტიპის მართვის პროგრამებს, რომელთაც გააჩნიათ დაავადებასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის ტვირთის შემცირების პოტენციალი. კვლევის შედეგები გულის უკმარისობიან პაციენტებში, აგრეთვე, გვთავაზობს რისკის სტრატეგიკაციის გამარტივებას ნატრიურული პეპტიდების და რენალური ფუნქციის, როგორც რისკის მარკერების შეფასებით და რისკის ქულების განსაზღვრის დამატებით ზრდის პროგნოზირების სიზუსტეს.

გამოცემაში განხილულია ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგები, რაც შეეხებოდა გადაუდებელ განყოფილებაში მოხვედრილ ხანდაზმულ პაციენტებში მოკლე და გრძელვადიან გამოსავლებს გულის მწვავე უკმარისობის დროს. შედეგები მიუთითებს შემდგომი კვლევების გაგრძელების აუცილებლობაზე,

რათა გაუმჯობესდეს აღნიშნულ ძირითად პოპულაციაში რისკის სტრატეგიკაცია, მკურნალობა და მიმდინარე მეთვალყურეობა.

ბრიკის მსსამე ევროპული კონფერენცია

გრიპის პანდემიის წინააღმდეგ ბრძოლის საუკეთესო გზა არის გრიპის ყოველწლიური ეპიდემიის წინააღმდეგ ბრძოლისათვის ინფრასტრუქტურის, შეთანხმებებისა და ყველა საჭირო პროცედურების წესრიგში მოყვანა.

გრიპის მსსამე ევროპული კონფერენცია ჩატარდება პორტუგალიაში 2008 წლის 14-17 სექტემბერს. კონფერენციის მასპინძელი ორგანიზაციაა ევროპის გრიპის სამეცნიერო სამუშაო ჯგუფი (ESWI), რომლისთვისაც 2008 წელი საიუბილეო თარიღია და იგი დაარსებიდან მე-15 წლისთავს აღნიშნავს. წინა ორი კონფერენციის შემდეგ, რომელიც ჩატარდა მალტაში 2002-2005 წწ-ში, გლობალურ გრიპთან დაკავშირებით მდგომარეობა დრამატულად შეიცვალა. სწორედ გრიპის კვლევების, კონტროლის, პრევენციისა და მკურნალობის უახლეს მიღწევებზე იქნება საუბარი გრიპის მსსამე ევროპულ კონფერენციაზე.

გრიპსა და მის შედეგებთან ბრძოლაზე პასუხისმგებლობას თანაბრად უნდა იზიარებდეს მეცნიერები, სამთავრობო მმართველობითი ორგანოები, ჯანმრთელობის მუშაკები და ზოგადად, საზოგადოება. სწორედ, ასეთი თანაშრომლობის სტიმულირების ხელშეწყობა აქვს მიზნად აღნიშნულ კონფერენციას.

კონფერენციის ძირითადი თემებია:

ვირუსის/მასპინძლის ინტერაქცია/ პათოგენეზი/ტრანსმისია

კლინიკური შედეგები და დიაგნოსტიკური მიდგომები

ვირუსის სტრუქტურა და რეპლიკაცია

ვაქცინები: თანამედროვე და მომავლის პერსპექტივები

ვაქცინის ეფექტურობის შეფასების მეთოდოლოგია

ანტივირუსული პრეპარატები და რეზისტენტობა

გენეტიკური და ანტიგენეტიკური ევოლუცია

გრიპი ცხოველებში და ეკოლოგია

მათემატიკური მოდელირება

იმუნოლოგია

ვაქცინების კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური ევოლუცია

მზადყოფნა პანდემიისათვის

დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება შეგიძლიათ შემდეგ მისამართზე: www.eswi.org

WONCA – ევროპა 2008

WONCA - ევროპა 2008 გაიმართება 4-7 სექტემბერს თურქეთში, სტამბულის შეხვედრებისა და გამოფენების ცენტრში. კონგრესის ვებგვერდია: www.woncaeuropa2008.org. მოხსენებების აბსტრაქტების გაგზავნის ბოლო ვადაა 30 აპრილი.

კონფერენციის წინ ჩატარდება შეხვედრები, რომელსაც აწყობს ვასკო და გამას მოძრაობა. იგი წარმოადგენს ევროპის სამუშაო ჯგუფს ახალგაზრდა და მომავალი ოჯახის ექიმებისათვის. ახალგაზრდული მოძრაობა HOC 2008-სა და EURACT-თან (ზოგადი პრაქტიკის მასწავლებელთა ევროპული ასოციაცია) ერთად ორგანიზებას უკეთებს 2008 წლის პრეკონფერენციას სტამბულში, რომელიც გაიმართება 3 სექტემბერს დილის 9 საათიდან და გაგრძელდება 4 სექტემბრის შუადღემდე.

ვასკო და გამას მოძრაობას ჰყავს 8 დელეგატით წარმოდგენილი აღმასრულებელი ჯგუფი, მასში გაერთიანებულია WONCA - ევროპის წევრი ქვეყნის თითო წარმომადგენელი, ხუთი თემატური ჯგუფი და ინტერნეტ-ფორუმი, რომელიც ღიაა ყველა დაინტერესებული წევრისათვის. დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება აღნიშნული მოძრაობის შესახებ შეიძლება ვებ-გვერდზე: www.vdgm.eu.

პრეკონფერენციაში მონაწილეობს 50-60 მომავალი და ახალგაზრდა ოჯახის ექიმი: 25-30 ნაციონალური დელეგატი WONCA - ევროპის წევრი ქვეყნებიდან და 25-30 თურქეთიდან. ამასთანავე, შედგება ვასკო და

გამას მოძრაობის ევროპის საბჭოს სხდომა, სადაც ზოგად საკითხებზე დისკუსიების გარდა, აირჩევენ თემატური ჯგუფების ლიდერებს.

ვასკო და გამას მოძრაობა იწვევს ერთ დელეგატს პრეკონფერენციაში და ერთ დელეგატს საბჭოს შეხვედრაში მონაწილეობის მისაღებად. დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება, აღნიშნული პრეკონფერენციისა და საბჭოს სხდომაში მონაწილეობის მსურველებს, შეუძლიათ ვებ-გვერდზე: www.preconference2008@vdgm.eu.

WONCA – აზიის რეგიონული კონფერენცია

WONCA -აზიის რეგიონულ კონფერენციას მასპინძლობს ავსტრალიის ზოგადი პრაქტიკის სამეფო კოლეჯი. კონფერენცია, ზოგადი პრაქტიკის სამეფო კოლეჯის წლიურ სამეცნიერო კონვენციასთან ერთობლივად, გაიმართება 2008 წლის 2-5 ოქტომბერს ავსტრალიის ქალაქ მელბურნში.

მოხსენებების აბსტრაქტების გაგზავნის უკანასკნელი თარიღია 14 მაისი.

კონფერენციის თემა: „განსხვავებების ზეიმი“ მიუთითებს, რომ ზოგადი პრაქტიკა აფართოებს თავის აქტივობებს თემების მხარდასაჭერად სხვადასხვა ადგილებსა და ქვეყნებში. აღნიშნული კონტექსტით შეიძლება გამოიყოს შემდეგი ქვეთემები:

- ✚ ჯანმრთელობის სამსახურების საკითხები
- ✚ კლინიკური საქმიანობა
- ✚ სოციალური და კულტურული კონტექსტი
- ✚ განათლება
- ✚ კვლევა
- ✚ პირველადი ჯანდაცვის გამოწვევები არსებულ გარემოში

დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება, აღნიშნული კონფერენციაში მონაწილეობის მსურველებს, შეუძლიათ ვებ-გვერდზე: www.wonca2008.com.

ინტენსიური ბლიკშიური კონტროლი ACCORD – კვლევაში შეწყდა

მოულოდნელი შედეგები გამოქვეყნდა ACCORD-კვლევასთან დაკავშირებით, რამაც მიიპყრო საზოგადოების ყურადღება და გაჩნდა შეკითხვები მონაცემთა მონიტორინგისა და უსაფრთხოების კომიტეტთან აღნიშნული კვლევის მტკიცებულებების თაობაზე. წინა ნომერში გამოქვეყნდა სტატია, სადაც **ADVANCE- კვლევა არ ადასტურებდა ACCORD-ის შედეგებს.**

როგორც ცნობილია, ACCORD-კვლევის ინტენსიური გლიკემიური კონტროლის ნაწილი, რომელიც მიმდინარეობდა გულის დაავადებების განსაკუთრებით მაღალი რისკის ტიპი 2 დიაბეტიან პაციენტებში, შეწყდა იმის გამო, რომ აღინიშნა მოკვდავობის უფრო მაღალი მაჩვენებელი ინტენსიური მკურნალობის ნაწილში სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით.

პაციენტები სტანდარტული მკურნალობის სქემებით აგრძელებენ მკურნალობას ცვლილებების გარეშე, ხოლო ინტენსიური მკურნალობის ჯგუფი გადაყვანილ იქნა სტანდარტულ მკურნალობაზე.

კვლევის სტრატეგია იყო სხვადასხვა დიაბეტური საშუალებებით სამიზნე გლიკემიური დონის მიღწევა და არა რომელიმე სპეციფიკური მედიკამენტით თერაპია. მკვლევარები ამბობენ, რომ მოკვდავობის შედარებით მაღალი მაჩვენებელი ინტენსიური მკურნალობის ჯგუფში არ იყო გამოწვეული ჰიპოგლიკემიის ეპიზოდებით ან რაიმე მედიკამენტით (როსიგლიტაზონის ჩათვლით), ან სხვადასხვა წამლების კომბინაციით.

ACCORD-კვლევა არის ამერიკის გულის, ფილტვისა და სისხლის ეროვნული ინსტიტუტის (NHLBI) მიერ ორგანიზებული, რომელშიც მონაწილეობს 10 000 ტიპი 2 დიაბეტით დაავადებული პაციენტი, რომელსაც ამავე დროს აქვს გულის დაავადება ან გულის დაავადების, დიაბეტის გარდა, მინიმუმ 2 რისკ-ფაქტორი. ინტენსიური კონტროლის ჯგუფში, რომელშიც გლიკირებული ჰემოგლობინის (**Hemoglobin A1c**) სტრატეგიული სამიზნე დონე იყო <6,0%, უფრო მეტად შემცირდა კარდიო-ვასკულური გართულებების შემთხვევები სტანდარტული მკურნალობის ჯგუფთან შედარებით, რომელშიც გლიკირებული ჰემოგლობინის სამიზნე დონე იყო 7,0%-დან 7,9%.

გარდა ამისა, არტერიული წნევის და ქოლესტეროლის დონის მიხედვით პაციენტები, კვლევების მიზნებიდან გამომდინარე, გადანაწილდნენ ორ სხვადასხვა ჯგუფში. მიმდინარეობს შესწავლა ფიბრატებისა (გაზარდოს HDL დონე და დააქვეითოს ტრიგლიცერიდების დონე სისხლში) და სტატინების (დააქვეითოს LDL დონე სისხლში) კომბინაციის ზემოქმედებისა მხოლოდ სტატინებით მკურნალობასთან შედარებით. სისტოლური არტერიული წნევის დაქვეითება კი **120 mm Hg, 140 mm Hg**-თან შედარებით. აღნიშნული კვლევები დასრულდება 2009 წლის ივნისში.

გლიკემიური კონტროლის ინტენსიური მკურნალობის ჯგუფში გლიკირებული ჰემოგლობინის საშუალო მაჩვენებელი იყო 6,4%, ხოლო სტანდარტული მკურნალობის ჯგუფში 7,5%. კვლევა შეწყდა იმისა გამო, რომ 1000 მონაწილეზე, საშუალოდ 4 წლიანი მკურნალობის შემდეგ, 3 შემთხვევით მაღალი იყო ყოველწლიური მოკვდავობა ინტენსიური მკურნალობის ჯგუფში სტანდარტული მკურნალობის ჯგუფთან შედარებით.

ACCORD: მოკვდავობა ინტენსიური და სტანდარტული გლიკემიური კონტროლის ჯგუფებში

	სტანდარტული კონტროლი	გლიკემიური კონტროლი	ინტენსიური კონტროლი	გლიკემიური კონტროლი
მოკვდავობა (რაოდენობა)	203 (11/1000/წლის განმავლობაში)		257 (14/1000/წლის განმავლობაში)	

6 თებერვალს ჩატარებულ კონფერენციაზე, ინსტიტუტის (NHLBI) დირექტორმა ელიზაბეტ ნეიბელმა განაცხადა, რომ მოკვდავობის მაჩვენებელი ორივე ჯგუფში იყო უფრო დაბალი ადრეული დაკვირვების ეტაპზე იმ პაციენტებში, რომლებსაც ტიპი 2 დიაბეტთან ერთად ჰქონდათ გულის დაავადების განსაკუთრებით მაღალი რისკი და რომელთა ზოგადი მოკვდავობის რისკი საშუალოდ იყო 50/1000 წელიწადში. მან, აგრეთვე, აღნიშნა, რომ ინტენსიურ ჯგუფში იყო გამოხატული სარგებლის ზრდის ტენდენცია, არაფატალური კარდიო-ვასკულური გართულებების თვალსაზრისით, თუმცა აღნიშნული სარგებელი გადაწონა მოკვდავობის გაზრდამ.

„კვლევის მნიშვნელოვანი შედეგი გახლავთ ის, რომ ტიპი 2 დიაბეტთან პაციენტებში, რომელთაც გააჩნიათ გულის დაავადებების განსაკუთრებით მაღალი რისკი, ძალიან ინტენსიური მკურნალობა, რომლის მიზანია გლიკირებული ჰემოგლობინის დონის დაქვეითება 6%-ზე მეტად, შესაძლოა აღმოჩნდეს მავნე“ - ამტკიცებდა ნეიბელი.

მან ხაზი გაუსვა, რომ შედეგების გავრცელება მიზანშეწონილია მხოლოდ იმ პაციენტებზე, რომლებიც მსგავსია **ACCORD**-კვლევაში მონაწილე შემთხვევებისა - საშუალოდ 62 წლის ასაკი, ვისაც ჰქონდა დაახლოებით ტიპი 2 დიაბეტის 10-წლიანი ისტორია, ჰქონდა უფრო მაღალი **Hb A1c**, ვიდრე ამერიკელი ტიპი 2 დიაბეტით პაციენტების უდიდეს ნაწილს (საშუალო ბაზისური 8,2 %-ია) და აქვთ გულის დაავადება ან კარდიო-ვასკულური დაავადების, დიაბეტის გარდა, სულ მცირე 2 რისკ ფაქტორი, არტერიული ჰიპერტენზიის, ქოლესტეროლის მაღალი დონის, სიმსუქნისა და თამბაქოს მოხმარების ჩათვლით.

არაფატალური გართულებების შემცირება?

კვლევებმა აჩვენა, რომ გლიკემიური კონტროლის ინტენსიურ ჯგუფში არაფატალური კარდიო-ვასკულური გართულებები შემცირდა 10%-ით სტანდარტულ ჯგუფთან შედარებით, თუმცა მიოკარდიუმის ინფარქტი თუკი განვითარდებოდა, გამოსავალი უფრო ხშირად იყო ფატალური. ამდენად, დამატებით, ინტენსიურ ჯგუფში აღინიშნებოდა უფრო მეტად მოულოდნელი უეცარი სიკვდილის შემთხვევები.

არ არსებობს კავშირი როსიგლიტაზონის გამოყენებასთან

ჩატარდა სპეციალური ანალიზი იმასთან დაკავშირებით, თუ რამდენად იყო შედეგები დაკავშირებული კონკრეტული მედიკამენტის გამოყენებასთან. დადგინდა, რომ გაზრდილი მოკვდავობას არა აქვს კავშირი როსიგლიტაზონის გამოყენებასთან.

ზოგიერთი სარგებელი, რასაც ადგილი აქვს სხვა პოპულაციაში

საუბარი იყო, აგრეთვე, კვლევის დიზაინის წინა ისტორიაზეც.

აღნიშნა, რომ რაც უფრო მაღალია გლუკოზის დონე სისხლში, მით მეტია კარდიო-ვასკულური ფატალური და არაფატალური გართულებები, რაზეც არსებობს სარწმუნოების მაღალი დონის მტკიცებულებები. აღნიშნული კვლევები ადასტურებს იმას, რომ გლუკოზის დონის დაქვეითება

მნიშვნელოვნად ამცირებს დიაბეტის გართულებებს, როგორცაა თვალის, ნერვული სისტემისა და თირკმლის დაავადებები.

უზარმაზარმა კვლევებმა დაამტკიცა, ასევე, ტიპი 1 დიაბეტის დროს ინტენსიური გლიკემიის კონტროლის სტრატეგია თუ რამდენად მნიშვნელოვნად ამცირებს კარდიო-ვასკულური დაავადებების გართულებებსა და მოკვდავობას.

ACCORD-კვლევაში მონაწილეთა შორისაც თვალსაჩინო იყო მიოკარდიუმის ინფარქტის შემთხვევების კლების ტენდენცია, მხოლოდ ტიპი 2 დიაბეტის მიმდინარეობის უფრო ნაკლები ხანგრძლივობისას.

„აღნიშნული კვლევა სარწმუნოების მაღალი დონის მტკიცებულებებზე დაყრდნობით გვთავაზობს ტიპი 2 დიაბეტის დროს კარდიო-ვასკულური რისკის შემცირების მიზნით გლუკოზის დაქვეითებას იმ დონემდე, რაც აღენიშნებათ ჯანმრთელ პირებს. **ACCORD**-მდე არ ჩატარებულა არცერთი მნიშვნელოვანი კვლევა, რომელიც ადასტურებს, რომ გლუკოზის დაქვეითება იმ დონემდე, რაც აღენიშნებათ ჯანმრთელ პირებს ტიპი 2 დიაბეტის დროს, მნიშვნელოვნად ამცირებს კარდიო-ვასკულურ რისკებს. დამატებით, არცერთი კვლევა არ ჩატარებულა გლიკემიის ინტენსიური კონტროლის შედეგებთან დაკავშირებით ტიპი 2 დიაბეტის ხანგრძლივად მიმდინარეობისას, ვისაც აღენიშნება გულის დაავადება ან გააჩნია კარდიო-ვასკულური დაავადების განვითარების სულ მცირე 2 რისკ-ფაქტორი. ეს არის ძირითადად **ACCORD**-კვლევების მთავარი შედეგი.

რით განსხვავდება **ACCORD**-კვლევა სხვა კვლევებისაგან?

ადრე ჩატარებული კვლევებისაგან **ACCORD** განსხვავდება იმით, რომ გლიკემიის კონტროლის სამიზნე დონე იყო ნორმალურთან მიახლოებული ანუ უფრო დაბალი, ვიდრე წინა კვლევებში. პაციენტების ასაკი იყო უფრო მაღალი (საშუალოდ 62 წელი), დიაბეტის უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობა (საშუალოდ 10 წელი) და გააჩნდათ კარდიო-ვასკულური დაავადების განვითარების უფრო მაღალი რისკი, ვიდრე წინა კვლევებში.

ამდენად „ჯერჯერობით არ არის დადასტურებული, თუ გლუკოზის კონტროლი ნორმის დონესთან ახლოს რამდენად ახდენს გულის დაავადების პრევენციას უფრო აახალგაზრდა ასაკის დიაბეტიან პაციენტებში, დაავადების ადრეულ ეტაპზე ან სადაც უფრო ადვილად მიიღწევა გლუკოზის კონტროლი და/ან არა აქვთ ჩამოყალიბებული კარდიო-ვასკულური დაავადება. შედეგები ექსტრაპოლირება არ შეიძლება პაციენტებზე ტიპი 1 დიაბეტით - აღნიშნა ჯუდი ფრადკინმა (დიაბეტის, დიგესტიური და თირკმლის დაავადებების ეროვნული ინსტიტუტი).

დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება შეგიძლიათ შემდეგ მისამართზე:
<http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/accord/index.htm>.

ჰიპერტენზიის ახალი ევროპული საზოგადოების/კარდიოლოგების ევროპული საზოგადოების (ESH/ESC) გაიდლაინები

ორი საზოგადოების - ჰიპერტენზიის ახალი ევროპული საზოგადოებისა (ESH) და კარდიოლოგების ევროპული საზოგადოების (ESC) ჰიპერტენზიის 2007 წლის გაიდლაინი განსხვავდება 2003 წლის გაიდლაინისაგან (გაიდლაინების კომიტეტი ESH/ESC, 2003). ზოგიერთ შემთხვევაში ეს განსხვავება გამოიხატება იმით, რომ უფრო ხაზგასმულია ან გაფართოებულია წინა გაიდლაინში აღნიშნული გზავნილები, რაც ეფუძნება უკანასკნელ 4 წელიწადში მიღებულ მეცნიერული კვლევების მონაცემებს. სხვა შემთხვევაში კი ცვლილებები განიცადა 2003 წლის რეკომენდაციებმა ექსპერიმენტებისა და სხვადასხვა ტიპის მეცნიერული კვლევების შედეგად მიღებული სარწმუნოების მაღალი დონის მტკიცებულებების გამო.

აღნიშნული სტატია და ავტორთა ჯგუფი (Giuseppe Mancia; Guido Grassi, 24.04.2008) წარმოადგენს ანგარიშს და რაციონალურ დასკვნებს სწორედ განსხვავებებების თაობაზე.

კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორები და საერთო კარდიო-ვასკულური რისკი

2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინში არის რამდენიმე ცვლილება კარდიო-ვასკულური რისკ-ფაქტორების ჩამონათვალში. **პირველი**, შრატის საერთო ქოლესტეროლი და სისხლში შაქრის მითითებული ნორმების ზღვარი დაქვეითებულია, ისევე როგორც ლიპიდების პროფილის დანარჩენი კომპონენტების - შრატის მაღალი სიმკვრივის ქოლესტეროლისა და ტრიგლიცერიდების მაჩვენებლების ზღვრები. **მეორე**, ყურადღება არის გამახვილებული თემოს გარშემოწერილობის გაზომვაზე, რომელიც განსაზღვრავს ვისცერულ სიმსუქნეს (სიმსუქნის ტიპი), რომელიც დაკავშირებულია მომატებულ კარდიო-ვასკულურ რისკთან. **მესამე**, სპეციფიურ მიდგომას საჭიროებს მეტაბოლური სინდრომი, რაც პლაზმის ლიპიდების, სისხლში გლუკოზის, წელის გარშემოწერილობის და სისხლის წნევის მცირე ცვლილებების შემთხვევაშიც კი (ზემოაღნიშნული ქვედა ზღვრების გათვალისწინებით) განაპირობებს მაღალ საერთო კარდიო-ვასკულურ რისკს, რაც იმას ნიშნავს, რომ პაციენტს შემდგომი 10 წლის მანძილზე, კარდიო-ვასკულური დაავადების ან ფატალური გართულების რისკი აქვს 20% ან მეტი. **მეოთხე**, ანთების მარკერებზე ინფორმაციის მოპოვების საჭიროების გარდა (რაც უფრო მეტად ეხება „C“ რეაქტიული ცილის განსაზღვრას), ხაზი უნდა გაესვას სამიზნე ორგანოების დაზიანების შეფასების აუცილებლობას, რადგან სამიზნე ორგანოს დაზიანებას გააჩნია მაღალი პრევალირების მაჩვენებელი ჰიპერტენზიის დროს, რაც პროგნოზს აუარესებს იმ შემთხვევაშიც კი, როცა პაციენტის არტერიული წნევა ნორმის მაღალი ზღვარია ან მცირედ არის მომატებული.

როგორც ქვემოთ, ცხრილიდან ჩანს 2003 წლის გაიდლაინთან შედარებით, 2007 წელში უფრო მეტად არის ყურადღება გამახვილებული სამიზნე ორგანოების დაზიანების რუტინულ შეფასებაზე, კარდიო-ვასკულური ავადობისა და მოკვდავობის არასადაო სავარაუდო ღირებულების, ფართო ხელმისაწვდომობისა და დანახარჯების ღირებულების გათვალისწინებით (ელექტროკარდიოგრაფია, კრეატინინის კლირენსი ან გლომერულური ფილტრაციის მაჩვენებელი სტანდარტიზებული ფორმულის მეშვეობით, შრატის კრეატინინი და მიკროალბუმინურია). გაიდლაინის მიხედვით რეკომენდებულია რამდენიმე დამატებითი გამოკვლევები, თუმცა აღნიშნული გამოკვლევები ნაკლებად ხელმისაწვდომი, უფრო კომპლექსური და ძვირია. ასეთს მიეკუთვნება: **ექოკარდიოგრაფია**, რაც იძლევა მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფიის დადგენის საშუალებას. მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, თავის მხრივ, ასოცირებულია კარდიო-ვასკულური ავადობისა და მოკვდავობის გაზრდილ ინსიდენტთან, რაც გარკვეული პერიოდულობით უნდა იყოს დოკუმენტირებული ორივე შემთხვევაში, იქნება ის ჰიპერტენზიით დაავადებული თუ არა. განსაკუთრებით, თუკი ჰიპერტროფია კონცენტრული ტიპისაა ან თუნდაც ვლინდება მხოლოდ პარკუჭის დილატაცია. **კარდიული ულტრასონოგრაფია** და მასთან დაკავშირებული არტერიული ფოლაქების ან არტერიების კედლების გასქელება, აგრეთვე, ასოცირებულია კარდიო და ცერებრო-ვასკულურ შემთხვევებთან. **კოჭ-მხრის ინდექსის** (შეფარდება მხრის და კოჭზე გაზომილი წნევის მაჩვენებლების) დაბალი მაჩვენებელი ადრეულ ეტაპზევე მიუთითებს მსხვილი არტერიების დაზიანებაზე. **პულსური ტალღის სიჩქარე** - არტერიული ხის გასწვრივ ზუსტად ასახავს არტერიული სისხლძარღვების ავსებას, რომლის გაზრდა მიუთითებს არტერიული წნევის ზომიერი მომატების არსებობაზე.

	რუტინული	რეკომენდებული	შეხება
2003 წლის გაიდლაინი	შრატის კრეატინინის მომატება (>1,4-1,5 მგ/დლ) ეკგ	მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (ეკგ/ექო) კორონარული არტერიები შესქელებულია/ფოლაქები მიკროალბუმინურია	
2007 წლის გაიდლაინი	შრატის კრეატინინის მომატება (>1,4-1,5 მგ/დლ) კრეატინინის კლირენსი მიკროალბუმინურია ეკგ	მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია (ეკგ/ექო) კონცენტრული მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია მარცხენა პარკუჭის გაფართოება კორონარული არტერიები შესქელებულია/ფოლაქები კოჭ-მხრის ინდექსი	სისტოლური დისფუნქცია დიასტოლური დისფუნქცია კორონარული Ca ⁺⁺ არტერიოლოების რემოდელირება კოლაგენების მარკერები ენდოთელიარული დისფუნქცია

არტერიული რიგიდობა
(პულსური ტალღის
სიჩქარე)¹

ცერებრალური
ლაკუნა/თეთრი
ნივთიერების დაზიანება
კოგნიტიური დისფუნქცია
რეტინოპათია

¹დამოკიდებულია ხელმისაწვდომობაზე / აგრეთვე გამოხატულია მაღალი სისტოლური წნევის / დაბალი დიასტოლური წნევის დროს.

რამდენიმე სიახლე 2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინში სამიზნე ორგანოების დაზიანებასთან დაკავშირებით ეხება ზოგადად კარდიო-ვასკულურ საერთო რისკებს. რეკომენდაცია გვთავაზობს სხვადასხვა ორგანოების კვლევასა და შეფასებას, რადგანაც არსებობს მტკიცებულებები იმასთან დაკავშირებით, რომ რამდენიმე სხვადასხვა ორგანოს დაზიანება (მაგ.: თირკმლისა და გულის) მნიშვნელოვნად აუარესებს პროგნოზს მხოლოდ ერთი ორგანოს დაზიანებასთან შედარებით. რეკომენდაცია, აგრეთვე, გვთავაზობს სამიზნე ორგანოების შეფასებას მკურნალობის დაწყებამდე და მკურნალობის პროცესშიც, გარკვეული პერიოდულობით. მტკიცებულებების თანახმად, მკურნალობის ფონზე მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია და შარდით პროტეინის გაზრდილი გამოყოფა მკვეთრად მცირდება, მდგომარეობა უმჯობესდება, რაც პირდაპირ არის ასოცირებული კარდიო-ვასკულური შემთხვევების ინსიდენსთან. ამდენად, ექიმსა და პაციენტს უნდა შევთავაზოთ მკურნალობის გაგრძელება გართულებების თავიდან აცილების მიზნით. და ბოლოს, გაიდლაინი არ მოიცავს სამიზნე ორგანოების დაზიანების მარკერებთან დაკავშირებით რეკომენდაციებს, თუმცა მიმდინარე კვლევებზე დაყრდნობით, შესაძლოა, ძალიან ახლო მომავალში დაზუსტდეს მათი პრაქტიკული მნიშვნელობა.

სამიზნე ორგანოს დაზიანების მარკერების (ძირითადი მაჩვენებლები) შედარება იხილეთ ქვემოთ, პროგნოსტიკული ღირებულებისა და ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით.

სამიზნე ორგანოების დაზიანების მარკერების პროგნოსტიკული ღირებულება, ხელმისაწვდომობა და ფასი 2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინის მიხედვით

მარკერები	კარდიო - ვასკულური პროგნოსტიკული ღირებულება	ხელმისაწვდომობა
ელექტროკარდიოგრაფია	++	++++
ექოკარდიოგრაფია	+++	+++
კაროტიდ-ინტიმა-მედიას გასქელება	+++	+++
არტერიების რიგიდობა (პულსური ტალღის სიჩქარე)	+++	+
კოჭ-მხრის ინდექსი	++	++
კორონარებში კალციუმის შემცველობა	+	+
კარდიალური/ვასკულარულიქსოვილის კომპოზიცია	?	+
მოცირკულირე კოლაგენების მარკერები	?	+
ენდოთელიური დისფუნქცია	++	+
ცერებრული ლაკუნა/თეთრი ნივთიერების დაზიანება	?	++
გაზომილი გლომერულური ფილტრაციის მაჩვენებელი ან კრეატინინის კლირენსი	+++	++++
მიკროალბუმინურია	+++	++++
თითოეული მარკერის წონადობა განისაზღვრება პლუსების რაოდენობით (0-დან 4-მდე)		

მკურნალობის მიზანი და სისხლის წნევის ზღვრული მაჩვენებლები

2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინი მხარს უჭერს იმ მოსაზრებას, რომ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების ადმინისტრაციის სარგებლობის ეფექტი განისაზღვრება თავისთავად არტერიული წნევის დაწევით, მიუხედავად იმისა, თუ როგორ მივაღწიეთ მას. კრიტიკულად შეფასებული ძველი და ახალი კვლევების მონაცემებზე დაყრდნობით, რეკომენდებულია მკურნალობის დაწყება ზოგადად ჰიპერტენზიით დაავადებულ პოპულაციაში (ხანდაზმულთა ჩათვლით), თუკი არტერიული წნევა მუდმივად ტოლია ან მეტია: სისტოლური 140 mm Hg და დიასტოლური წნევა 90 mm Hg. მკურნალობის მიზანი არის წნევის დაწევა აღნიშნულ მაჩვენებლებზე და უფრო ქვემოთაც ტოლერანტულობის გათვალისწინებით. ამას ადასტურებს (1) ეპიდემიოლოგიური მონაცემები მასზე, რომ კარდიო-ვასკულური ავადობა და ფატალური შემთხვევები მცირდება თუ წნევის მაჩვენებლები არის სისტოლური 110 mm Hg და დიასტოლური 70 mm Hg (პროსპექტული კოლაბორაციული კვლევა, 2002); (2) არ არსებობს რაიმე მტკიცებულება იმაზე, რომ სამიზნე წნევის აღნიშნული მაჩვენებლების ფარგლებში აქტიური მკურნალობა ზრდის კარდიო-ვასკულურ ავადობასა და მოკვდავობას ან სასიცოცხლო ორგანოების დაზიანების ხარისხს (პროსპექტული კოლაბორაციული კვლევა, 2002); (3) წნევის დაქვეითება 140/90 mm Hg - ის ქვემოთ, არ ზრდის გვერდით მოვლენებს (Mancia, 2006) და (4) ჰიპერტენზიის მკურნალობის უფრო ამბიციური სამიზნე დონის შერჩევა სტრატეგიულად მნიშვნელოვანია თუნდაც იმიტომ, რომ უფრო ხშირად ვაღწევთ მიზანს (Mancia et al, 2006).

ზოგადად ჰიპერტენზიით დაავადებულ პოპულაციაში იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ თირკმლის, კორონარული, ცერებრო-ვასკულური დაავადება ან დიაბეტი (სარწმუნოების მაღალი დონის მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, რომელიც უკვე ხელმისაწვდომია) რეკომენდებულია წნევის დაბალი სამიზნე დონე, რაც ზრდის კარდიო-ვასკულური დაცვის ეფექტს. აღნიშნული კარდიო-პროტექტორული ეფექტი იზრდება იმ შემთხვევაში, თუკი წნევის მაჩვენებელი მაღალი ნორმის და ნორმის ფარგლებშია, ანუ არტერიული წნევა $\leq 140/90$ mm Hg. წნევის სამიზნე დონე უნდა განისაზღვროს იმისდა მიხედვით, თუ როგორია საერთო კარდიო-ვასკულური რისკი, იგი უნდა იყოს მოქნილი და სამიზნე წნევა უნდა პასუხობდეს დანიშნულ მკურნალობას.

ქვემოთ, ოთხ კატეგორიად, მოცემულია კარდიო-ვასკულური რისკის სტრატეგიკაცია 2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინის შესაბამისად:

არტერიული წნევა (mm Hg)					
სხვა რისკ-ფაქტორები, ორგანოების დაზიანება ან დაავადება	ნორმალური სისტოლური 120-129 ან დიასტოლური 80-84	მაღალი ნორმალური სისტოლური 130-199 ან დიასტოლური 85-89	ჰიპერტენზია I ხარისხი სისტოლური 140-159 ან დიასტოლური 90-99	ჰიპერტენზია II ხარისხი სისტოლური 160-179 ან დიასტოლური 100-109	ჰიპერტენზია III ხარისხი სისტოლური მეტია ტოლია 180 ან დიასტოლური მეტია ან ტოლია 110
არ არის სხვა რისკ-ფაქტორები	საშუალო რისკი	საშუალო რისკი	დაბალი დამატებითი რისკი	საშუალო დამატებითი რისკი	მაღალი დამატებითი რისკი
1-2 რისკ-ფაქტორი	დაბალი დამატებითი რისკი	დაბალი დამატებითი რისკი	საშუალო დამატებითი რისკი	საშუალო დამატებითი რისკი	მაღალი დამატებითი რისკი
3 და მეტი რისკ-ფაქტორი, მეტაბოლური სინდრომი, სამიზნე ორგანოების დაზიანება ან დიაბეტი	საშუალო დამატებითი რისკი	მაღალი დამატებითი რისკი	მაღალი დამატებითი რისკი	მაღალი დამატებითი რისკი	მაღალი დამატებითი რისკი

დადგენილი კარდიო-ვასკულური ან თირკმლის დაავადება	ძალიან მაღალი რისკი	მაღალი რისკი	მაღალი რისკი	მაღალი რისკი	მაღალი რისკი
ტერმინი „დამატებული“ მიუთითებს, რომ ყველა კატეგორიაში რისკი იზრდება და უფრო მაღალია წყარო: Ther Adv Cardiovasc Dis @2008, London: SAGE	დამატებითი რისკი	დამატებითი რისკი	დამატებითი რისკი	დამატებითი რისკი	დამატებითი რისკი

შემდეგი ორი საკითხი, რომელიც მითითებულია 2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინში არის: (1) მაღალი ან ძალიან მაღალი რისკის მქონე პირების მკურნალობა განსხვავებულია დაბალი რისკის პირების მკურნალობისაგან, რამდენადაც სისხლის წნევის ზღვარი და მიზნობრივი სარგებელი განსხვავებულია და (2) მკურნალობასთან დაკავშირებით მსგავსი მიდგომებია იმ პირებთან მიმართებაშიც, ვისაც აქვთ მომატებული კარდიო-ვასკულური რისკი სხვადასხვა მდგომარეობიდან გამომდინარე, როგორცაა დიაბეტი, კარდიო-ვასკულური ან თირკმლის დაავადება. აღნიშნულ შეკითხვაზე პასუხი ნათელია და განმტკიცებულია მეცნიერული მტკიცებულებებით. მაგ.: მაღალი ან ძალიან მაღალი რისკის მქონე პირების მკურნალობის დაწყება თითქმის ყოველთვის ხდება საჭირო 2 ან მეტი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის კომბინაციით, ვინაიდან უფრო მეტად გვესაჭიროება წნევის დაქვეითება და შანსი იმისა, რომ მონოთერაპიით მივაღწიოთ მიზანს, ნაკლებია. ამასთანავე, ორი ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტის კომბინაციით მკურნალობის დაწყება არ გადაავადებს წნევის კონტროლის მიღწევას, რომელმაც შესაძლოა, სულ რამდენიმე თვეში გამოიწვიოს არასასურველი შედეგი. და ბოლოს, არსებობს მტკიცებულებები მასზე, რომ მაღალი ან ძალიან მაღალი რისკის მქონე პირებში ეფექტურ ანტიჰიპერტენზიულ მედიკამენტებზე დამატებული მკურნალობა, როგორცაა ანტიპლატელეტური მედიკამენტები და სტატინები, ზრდის სარგებელს მიუხედავად იმისა, არის თუ არა მომატებული შრატის ქოლესტეროლი. ამდენად, საერთო კარდიო-ვასკულური რისკი არის ძირითადი ამოსავალი ყოვლისმომცველი მკურნალობის სტრატეგიის დაგეგმვისათვის.

მკურნალობის ზემოაღნიშნული სტრატეგია (არტერიული წნევის ნორმის დაბალი ზღვარი და მკურნალობის დაწყება ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების კომბინაციითა და ანტიპლატელეტური და ლიპიდ-დამაქვეითებელი მედიკამენტების ადმინისტრირებით) ისეთ შემთხვევებში, როცა პაციენტს თირკმლის, კარდიო-ვასკულური დაავადებებისა და დიაბეტის გარდა, აქვს მაღალი რისკი, არ არის ბოლომდე გარკვეული; თუმცა სამიზნე ორგანოების დაზიანების გამო მაღალი რისკის პირების მკურნალობა, პროტინურიისა და მიკროალბუმინურიის შემთხვევაში გვიჩვენებს, რომ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტებით მკურნალობის დაწყებას 140/90 mm Hg - ის ქვემოთ, გააჩნია ნეფროპროტექტორული ეფექტი (Mancia et al, 2006). ამდენად, 2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინი მხარს უჭერს იმ მოსაზრებას, რომ გადაწყვეტილების მიღება მკურნალობის სტრატეგიასთან დაკავშირებით, მკურნალი ექიმის პრეროგატივაა.

ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის ზოგადი სტრატეგიები: ცხოვრების წესის შეცვლა და მედიკამენტური მკურნალობა

ცხოვრების წესის შეცვლასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები მსგავსია 2003 და 2007 წლის გაიდლაინებში, თუმცა უახლეს გაიდ-ლაინში მეტად არის ყურადღება გამახვილებული ყველა პაციენტში სისხლის წნევის მაღალი ნორმის ან ჰიპერტენზიის შემთხვევაში აღნიშნული მკურნალობის საფეხურის დანერგვაზე, სპეციფიური პროფესიული მახასიათებლების გაცნობითა და პერიოდულად გზავნილის გაძლიერებით, რათა შევამციროთ აღნიშნული ინტერვენციების მიმართ პაციენტის დამოკიდებულების ქრონიკულად დაბალი მაჩვენებელი. ახალ გაიდლაინში მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ გახლავთ იმ ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების კლასებთან დაკავშირებითაც, რასაც ვნიშნავთ მკურნალობის საწყის ეტაპზე და სამიზნე წნევის შესანარჩუნებლად, როგორცაა თიაზიდური დიურეტიკები, აფგ-ინჰიბიტორები, კალციუმის ანტაგონისტები, ანგიოტენზინ-რეცეპტორის ანტაგონისტები და ბეტა-ბლოკერები, რითაც 2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინი განსხვავდება სხვა გაიდლაინებისაგან (NICE/BHS, 2006), სადაც ბეტა-ბლოკერები განიხილება როგორც მე-4 ხაზის მკურნალობა ფართოდ ჩატარებული კვლევების შედეგად მიღებული მტკიცებულებების საფუძველზე (Lindholm et al, 2005; Dehlof et al, 2002, 2005).

გადაწყვეტილება იმისა, რომ ბეტა-ბლოკერი შენარჩუნებულიყო როგორც ჰიპერტენზიის სამკურნალოდ სასარგებლო მედიკამენტი, ეფუძნება: (1) უმრავლეს კვლევებში ბეტა-ბლოკერები გამოიყენებოდა თიაზიდურ დიურეტიკებთან ერთად, ამდენად ძალიან რთული იყო დისკრიმინაცია სასურველი და არასასურველი ეფექტები რომელი კლასის მედიკამენტის ზემოქმედების შედეგი იყო. (2)

რამდენიმე კვლევის შედეგმა არ დაადასტურა ის მოსაზრება, რომ სხვა მედიკამენტების კლასთან შედარებით ბეტა-ბლოკერებს გააჩნიათ ნაკლები ანტიჰიპერტენზიული და კარდიოპროტექტორული ეფექტი, განსხვავებით მსგავსი კვლევების მეტა-ანალიზის საფუძველზე მიღებული ხელმისაწვდომი მონაცემებისა (Bredley *et al*, 2006; Pepine *et al*, 2003). (3) ნამდვილად არ ღირს ზედმეტად ყურადღების გამახვილება იმაზე, თუ რომელ მედიკამენტს მივანიჭოთ უპირატესობა საწყის ეტაპზე, რადგანაც ჰიპერტენზიით პაციენტთა უმრავლესობას ესაჭიროება ორი ან მეტი წამლის კომბინირებულად დანიშვნა წნევის კონტროლის მისაღწევად. მონოთერაპიის გაგრძელება შეზღუდულია, მისი დანიშვნა შეიძლება სულ რამდენიმე კვირით. და **ბოლოს**, რაც არ უნდა კარგი გაიდლაინი არსებობდეს იმის თაობაზე, თუ რომელ წამალს როდის ენიჭება უპირატესობა სხვადასხვა კლინიკური მდგომარეობების დროს, ექიმები მაინც ეწინააღმდეგებიან მის გამოყენებას ყოველდღიურ პრაქტიკაში. აღნიშნულ კონტექსტში, ბეტა-ბლოკერები რჩება შერჩევის პრეპარატად ჰიპერტენზიის გამო წარმოშობილი ან მასთან ასოცირებული ისეთი მდგომარეობების დროს, როგორცაა გულის უკმარისობა, გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი და სტენოკარდია. ბეტა-ბლოკერების მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს წონაში მომატება, დისლიპიდემია, გლუკოზის მეტაბოლიზმის დარღვევა, რაც ზრდის დიაბეტის განვითარების რისკს (Mancia *et al*, 2006; Sharma, 2001), ამდენად მათ დანიშვნას, განსაკუთრებით, დიურეტიკებთან კომბინაციაში დიაბეტის განვითარების მაღალი რისკის პაციენტებში (მეტაბოლური სინდრომის და სხვ.), არ უნდა მიენიჭოს უპირატესობა. ამ თვალსაზრისით ბეტა-ბლოკერების კატეგორიის მთლიანად უარყოფა გამართლებული არ არის, რადგან დადგინდა, რომ ვაზოდilatატორი ბეტა-ბლოკერების ახალ კლასს არ გააჩნია დისმეტაბოლური ეფექტი, რაც ტრადიციულ ბეტა-ბლოკერებთან შედარებით ამცირებს დიაბეტით დაავადების ახალი შემთხვევების რაოდენობას (Topr-Pedersen *et al*, 2007).

სპეციფიური მედიკამენტის ან მედიკამენტების კომბინაციის გამოყენება სხვადასხვა მდგომარეობების დროს

2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინის მნიშვნელოვანი ასპექტია იმის გაცნობიერება, თუ რა არის ანტიჰიპერტენზიული მკურნალობის მიზანი. ჰიპერტენზიული პაციენტის მკურნალობის მიზანი უნდა იყოს საერთო კარდიო-ვასკულური რისკის მაქსიმალური შემცირების მიღწევა, რაც ნიშნავს, რომ მიაღწიო სისხლის წნევის ოპტიმალურ კონტროლს და ამავე დროს, მოახდინო საერთო კარდიო-ვასკულური რისკის მართვადი კომპონენტის მოდიფიცირება (როგორცაა დისმეტაბოლური რისკ-ფაქტორები და სამიზნე ორგანოების დაზიანება). იგი გულისხმობს, აგრეთვე ისეთი კლინიკური მდგომარეობის გამოვლენის პრევენციას, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის კარდიო-ვასკულურ რისკს და შესაბამისად კარდიო-ვასკულურ გართულებებსა და მოკვდავობას. უკანასკნელ წლებში დაგროვდა უამრავი მტკიცებულებები, რომლებიც მიგვითითებენ, რომ ზემოაღნიშნული მიზნის მისაღწევად სისხლის წნევის დაქვეითება უფრო ხშირად მიიღწევა სხვადასხვა მედიკამენტით, რაც ხსნის იმ გარემოებას თუ რატომ აღმოჩნდა 2007 წლის გაიდლაინში იმ მედიკამენტების ჩამონათვალი, რომელთაც უპირატესობა ენიჭებათ კლინიკური მდგომარეობის შესაბამისად.

**შერჩევის მედიკამენტები სხვადასხვა კლინიკური მდგომარეობების დროს -
2007 წლის ESH/ESC გაიდლაინი**

მდგომარეობა	იზოლირებული ჰიპერტენზია (ხანდაზმულებში)	დიურეტიკები/ Ca-ანტაგონისტი
	მეტაბოლური სინდრომი	აგფ/არბ/ Ca-ანტაგონისტი
	შაქრიანი დიაბეტი	აგფ/არბ
	ორსულობა	Ca-ანტაგონისტი/მეთილდოფა/ბეტა-ბლოკერები
	შავკანიანები	დიურეტიკები/ Ca-ანტაგონისტი
სამიზნე ორგანოების დაზიანება - სუბკლინიკური	მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია	აგფ/ Ca-ანტაგონისტი/არბ
	ასიმპტომური ათეროსკლეროზი	Ca-ანტაგონისტი/აგფ
	მიკროალბუმინურია	აგფ/არბ
	რენული დისფუნქცია	აგფ/არბ

კლინიკური გამოვლენა	გადატანილი ინსულტი	ნებისმიერი ანტიჰიპერტენზიული აგენტი
	გადატანილი მიოკარდიუმის ინფარქტი	ბეტა-ბლოკერი/აგფ/არბ
	ანგინა	ბეტა-ბლოკერი/ Ca-ანტაგონისტი
	გულის უკმარისობა	დიურეტიკი/ბეტა-ბლოკერი / /აგფ/არბ/ალდოსტერონის ანტაგონისტები
	მოციმიციმე არითმია (რეკურენტული)	არბ/აგფ
	მოციმიციმე არითმია (პერმანენტული)	ბეტა-ბლოკერი/ არადიჰიდროპირიდინის ჯგუფის Ca-ანტაგონისტი
	თირკმლის უკმარისობის ბოლო სტადია/პროტეინურია	აგფ/არბ/მარყუჟოვანი დიურეტიკი
	პერიფერიული არტერიული დაავადება	Ca-ანტაგონისტი

დაავადების პროგრესირების გადავადების საჭიროება ან რენული, კარდიული და კაროტიდული არტერიების დაზიანების რეგრესის მიზნით, მოწოდებულია სტრატეგია, რაც გულისხმობს კლინიკური მდგომარეობის შესაბამისად შერჩეული მედიკამენტებით სისხლის წნევის კონტროლის მიღწევას. მაგალითად, სპეციფიური კლინიკური მდგომარეობების დროს იზრდება მოციმიციმე არითმიის რისკი, დიაბეტის ახალი შემთხვევების რაოდენობა, დიაბეტური ნეფროპათია. აღნიშნულ შემთხვევებში ან პაციენტებში წნევის მაღალი ნორმალური მაჩვენებლის ან ჰიპერტენზიის დროს, გართულებების თავიდან აცილება და/ან მათი გადავადება წარმოადგენს პრიორიტეტს.

ჩამონათვალში, როდესაც რომელიმე მედიკამენტს ენიჭება უპირატესობა კლინიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, არ შედის ინსულტის პრევენცია, თუმცა ორმა კვლევამ დაადასტურა, რომ ჰიპერტენზიულ პაციენტებში სხვადასხვა მედიკამენტებით მკურნალობის შედეგად მსგავსი მაჩვენებლების მიღწევისას, ანგიოტენზინ-რეცეპტორების ბლოკერების მკურნალობის ფონზე უფრო მეტად შემცირდა კარდიო-ვასკულური გართულებების როგორც პირველი, ასევე განმეორებითი შემთხვევები (Schradler *et al*, 2003 და 2005). იმის დემონსტრირება, რომ ზოგი წამალი უფრო ეფექტურია ინსულტის პრევენციისათვის, ვიდრე სხვა მედიკამენტი მნიშვნელოვანია, იმიტომ რომ (1) ინსულტი არის მთელს მსოფლიოში მოკვდავობის საყოველთაოდ გავრცელებული მესამე მიზეზი ისევე როგორც ქმედუუნარობის, სხვაზე დამოკიდებულებისა და ჯანდაცვის დანახარჯებისა (Grassi *et al*, 2007). (2) არტერიული წნევის ოპტიმალური მაჩვენებლების მიღწევა ძალიან გამწვანებულია განსაკუთრებით ხანდაზმულებში (Mancia, 2006) და (3) არსებობს შესაძლებლობა განისაზღვროს ცერებრო-ვასკულური გართულებების უფრო მაღალი რისკის პაციენტები (გადატანილი ინსულტი, მოციმიციმე არითმია, აზიური ეთნიკური ჯგუფი), და მათთვის წინასწარ შეირჩეს ყველაზე მეტად პროტექტორული მედიკამენტები. თუმცა ყველა ხელმისაწვდომი კვლევების მონაცემთა მეტა-რეგრესიული ანალიზის შედეგად მიღებული მტკიცებულებები მიგვითითებენ, რომ მკურნალობის ტიპის მიუხედავად, ინსულტის პროგრესირება სწორხაზოვანია და პირდაპირა დაკავშირებული მკურნალობის ფონზე არტერიული წნევის მაჩვენებლების დაქვეითებასთან (Staessen *et al*, 2003). ამდენად, გაიდლაინში ხაზგასმულია და მნიშვნელოვნადაა მიჩნეულია ცერებრო-ვასკულური გართულებების პრევენციის მიზნით არტერიული წნევის დაქვეითების სტრატეგია. უნდა ვალიაროთ, რომ მხოლოდ ერთი კვლევის შედეგების შემდგომი გავრცელება სისხლის წნევის ცვლილების ცერებრო-ვასკულურ გართულებებთან პირდაპირ კორელაციასთან დაკავშირებით, მნიშვნელოვნად დაგვეხმარება ანტიჰიპერტენზიული მედიკამენტების სწორად შერჩევის საკითხში. აღნიშნული წვლილი ფასდაუდებელი იქნება იმიტომაც, რომ მიუხედავად კომბინირებული მკურნალობის ფართოდ გამოყენებისა, არტერიული წნევის ოპტიმალური კონტროლის მიღწევა ყოველდღიურ პრაქტიკაში, მაინც იშვიათია.

კვებითი დარღვევები პირველად ჯანდაცვაში

კომპულსური (უკონტროლო) გადაჭარბებული კვება (binge-eating disorder), ნევროზული ბულიმია და ანორექსია მიეკუთვნება სიცოცხლისათვის საშიში დარღვევების რიცხვს, რომელშიც ჩართულია კომპლექსური ფსიქო-სოციალური საკითხები.

ფსიქო-სოციალური და სამედიცინო ფაქტორების სწორად განსაზღვრისა და სათანადო მართვის უზრუნველსაყოფად მნიშვნელოვანია პაციენტსა და ექიმს შორის ჩამოყალიბდეს მჭიდრო და ძლიერი თერაპიული ურთიერთობა. პაციენტთა უმრავლესობას, ეფექტური მკურნალობა უტარდება ამბულატორიულად პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მიერ, რომელშიც ჩართულია ექიმი, რეგისტრირებული დიეტოლოგი და თერაპისტი. იშვიათად, საჭირო ხდება ფსიქიატრის კონსულტაცია. იმ შემთხვევაში, თუკი გართულდა პაციენტის მდგომარეობა, ადგილი აქვს სუიციდურ ან სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობას, როგორცაა მნიშვნელოვანი ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია, მწვავე ელექტროლიტური დისბალანსი, სამიზნე ორგანოების დაზიანება ან სხეულის მასის ნორმალური ინდექსის დაქვეითება 85%-ის ქვევით, საჭირო ხდება ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია. კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევისა და ნევროზული ბულიმიის დროს, სარწმუნოების მაღალი დონის მტკიცებულებები გვთავაზობს პერსონალთაშორისი და კოგნიტიურ-ქვევითი თერაპიისა და ანტიდეპრესანტების გამოყენებას. უფრო შეზღუდულია მტკიცებულებები, რომლებიც გვთავაზობენ თვით-დახმარების პროგრამებს, როგორც საფეხურბრივი მიდგომის პირველ საფეხურს. ანორექსიით პაციენტების განკურნება ქვევითი და ფარმაკოლოგიური საშუალებებით არ არის ბოლომდე ნათელი (ამერიკის ოჯახის ექიმთა ასოციაცია, 2008).

კვებითი დარღვევების მართვა პირველად ჯანდაცვაში

(კვლევების მიმოხილვა)

ამერიკის ოჯახის ექიმის მე-15 გამოცემაში (18 იანვარი, 2008) წარმოდგენილია კვებითი დარღვევების მქონე პაციენტების მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. განხილულ იქნა, ასევე, დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები ნევროზული ანორექსიის, ნევროზული ბულიმიისა და კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევის (binge-eating disorder) შემთხვევაში.

„რადგან პაციენტების უმრავლესობას ჩვეულებრივ არა აქვს კვებითი დარღვევის ძირითადი ჩივილი, ექიმი ყურადღებით უნდა იყოს სავარაუდო დიაგნოზის დასმისას, განსაკუთრებით თუკი პაციენტი ახალგაზრდა ქალია“, აღნიშნავს პამელა უილიამსი (და კოლეგები) ბეთესდას (მერილენდი, აშშ) უნივერსიტეტიდან. სკრინინგი კვებით დარღვევებზე რისკის ჯგუფის პაციენტების რუტინული სამედიცინო მომსახურების პროცესში უნდა იყოს გათვალისწინებული. ჩივილები შეიძლება მოიცავდეს შემდეგ სიმპტომებს: სისუსტე, თავბრუსხვევა, ენერჯის დაქვეითება, ამენორეა, წონის დაქვეითება ან მომატება, ყაზობა, ბოყინი, აბდომინალური დისკომფორტი, კუჭის წვა, ყელის ტკივილი, გულის ფრიალი, პოლიურია, პოლიდიფსია და უძილობა“.

კვებითი დარღვევების სტატისტიკა: პრევალენტობის მაჩვენებელი ნევროზული ანორექსიის შემთხვევაში - 0.6%, ნევროზული ბულიმიის შემთხვევაში -1.0%, ხოლო 2.8% გადაჭარბებული კვების დროს. რისკის დონე ქალებში 3-ჯერ უფრო მაღალია მამაკაცებთან შედარებით, ხოლო დაავადების დაწყების საშუალო ასაკია 18-21 წელი.

რატომ ჭამს ადამიანი ბევრს?

ექსპერტების უმრავლესობა თვლის, რომ კვებითი დარღვევები დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე - პერსონალურ გენებზე, ემოციებსა და ბავშვობის ასაკში ჩამოყალიბებულ ქცევებზე (კვების ნიმუშზე).

ზოგიერთი ადამიანი ჭარბად იკვებება ბიოლოგიური მიზეზების გამო. მაგ.: ჰიპოთალამუსის (სადაც მდებარეობს მადის კონტროლის ცენტრი) სისუსტე შიმშილისა და სიმამლის შეგრძნებაზე გზავნილების გაგზავნის თვალსაზრისით. სხვა მაგალითი: სეროტინინს, ნორმალური ტვინის ქიმიურ ნივთიერებას, რომელიც ზემოქმედებს ხასიათსა და ზოგიერთ კომპულსურ ქცევაზე, ასევე, ენიჭება დიდი როლი კომპულსურ გადაჭარბებულ კვებაშიც.

არაჯანსაღი გადაჭარბებული კვების ჩვევები, უმრავლეს შემთხვევაში, ვითარდება ბავშვობის ასაკიდან და არის შედეგი ოჯახში ნაწავალი კვებითი ჩვევების შედეგი. ნორმალურია საკვების დაკავშირება კვებასა და სიყვარულთან, მაგრამ ზოგიერთ ოჯახში ზედმეტად მოიხმარენ საკვებს და მას უკავშირებენ კომფორტს და კარგ ცხოვრებას. ამდენად, ბავშვები იზრდებიან არასწორი კვებითი ჩვევებით და როდესაც ცხოვრებაში იგრძნობენ დისკომფორტსა და ზეწოლას, ცდილობენ მასთან გამკლავებას გადამეტებული ჭამით. ისინი არ ფლობენ პრობლემასთან გამკლავების სხვა, უფრო ჯანსაღ უნარებს.

ზოგიერთი ბავშვი კი იზრდება იმ რწმენით, რომ ცუდი ხასიათისა და ემოციების დაოკების საუკეთესო საშუალება არის ჭამა, ან ბედნიერება ჭამაშია. ამდენად, ძალიან მნიშვნელოვანია საზოგადოებას ვასწავლოთ საჭმელთან ჯანსაღი ურთიერთობა. ჯანსაღი კვების დამკვიდრებისათვის ადამიანებს უნდა დაეხმაროთ იმაში, რომ მათ აითვისონ ემოციებთან, ფიქრებთან, სტრესთან გამკლავების სხვა მეთოდები. ოჯახის წევრებსა და გარემომცხოვრებულ უნდა ვასწავლოთ, რომ იყვნენ მხარდამჭერნი, თავი აარიდონ კომენტარების გაკეთებას პაციენტის ჭარბ კვებასა და წონის მატებაზე, რადგან მას უმძაფრდება თვითკრიტიკის შეგრძნება, რაც კიდევ უფრო დაამძიმებს მდგომარეობას. პაციენტს ესაჭიროება მეტი თავდაჯერებულობა გამონახოს ემოციების გამოხატვის გზები. მუსიკა, ხელოვნება, ცეკვა, წერა, საყვარელი საქმის (ჰობი) კეთება - ეს არის ემოციების მართვის ჯანსაღი გზა.

კვებითი დარღვევების კლინიკური ნიშნები

კვებითი დარღვევების მქონე პაციენტების უმრავლესობას ფიზიკალური გასინჯვით სპეციფიური ნიშნები არ აღენიშნება; მაგრამ პაციენტებს კვებითი დარღვევების შორს წასული ფორმებით შესაძლოა გარეგნულად აღენიშნებოდეს გამოფიტვა (მიუხედავად ნორმალური ან ჭარბი წონისა), ჩავარდნილი ლოყები, მიწისფერი კანი. სასიცოცხლო ფუნქციებიდან შეიძლება იყოს ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია ან ორთოსტატიური ცვლილებები. კანის გამოკვლევით შესაძლოა გამოვლინდეს სიმშრალე, ღინღლი, უსიცოცხლო ან მტკრევადი თმა, ფრჩხილების ცვლილებები, ჰიპერკაროტენემიური სუბკონიუნქტივური ჰემორაგია.

თავის, თვალების, ყურების, ცხვირისა და ყელის გამოკვლევისას გამოვლენილი სხვა სიმპტომებია: ჩავარდნილი თვალები, ტუჩების სიმშრალე, გინგივიტი, კბილის მინანქრის განღვევა და კბილის ოკლუზიური ზედაპირი, კარიესი და პაროტიტი. შესაძლოა სარძევე ჯირკვლების ატროფია, ხოლო გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ - მიტრალური სარქველის პროლაფსი, გულის დამატებითი ტონი ან არითმია, მტკივნეული და/ან სკაფოიდური მუცელი, პალპაციით - განავლოვანი მარყუჟები. შესაძლებელია აღინიშნებოდეს კიდურების შეშუპება, კორძებით ხელის ზურგზე (რასელის ნიშანი), აკროციანოზი, რეინოს სინდრომი. საბოლოოდ ნევროლოგიური შეფასებით შესაძლოა გამოვლინდეს ტრუსოს სიმპტომი, ან მყესთა ღრმა რეფლექსების დაქვეითება.

კვებითი დარღვევების მქონე პაციენტების მართვა შესაძლებელია ამბულატორიულ დონეზე მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომლის შემადგენლობაში არიან ექიმი, დიეტოლოგი და ფსიქოთერაპევტი. გარდა ამისა, ხშირად ძალიან მნიშვნელოვანია ფსიქიატრიული კონსულტაცია. ფსიქოლოგიური და კლინიკური ფაქტორები დასაწყისშივე უნდა შეფასდეს, ამასთანავე, პერიოდულად მოხდეს მათი გადახედვა.

ექიმმა უნდა შეასრულოს კოორდინატორის როლი მენეჯმენტის სტრატეგიების ფასილიტაციის მიზნით; იგი, ასევე, აფასებს სამედიცინო გართულებებს, აწარმოებს წონისა და კვებითი სტატუსის მონიტორინგს. დიეტოლოგი აწვდის პაციენტს საგანმანათლებლო ინფორმაციას ჯანსაღი დიეტის, მენიუს დაგეგმვის შესახებ და შესაძლოა თანამშრომლობდეს გუნდთან სათანადო სამიზნე წონის განსაზღვრაში.

კოგნიტიური, ქცევითი, ინტერპერსონული ან ოჯახური თერაპია უნდა დაინიშნოს ფსიქოლოგის (ბიჰევიორისტული ჯანდაცვის სპეციალისტი) მიერ, რომელმაც ასევე შესაძლოა დანიშნოს ფარმაკოლოგიური მკურნალობა. ეტაპობრივი მიდგომით პირველი ინტერვენცია შესაძლოა განისაზღვროს პაციენტის კონკრეტული საჭიროებებით და არსებული სამკურნალო რესურსებით. აქ შეიძლება ჩავრთოთ კვებითი დარღვევების შესაფასებლად საჭირო ზოგიერთი კონკრეტული კითხვა ან დებულება, მიზნების დასახვა და ქცევის შეცვლა. ეს კითხვები ეხება საუბრის დაწყებას კვებითი ქცევის შესახებ, განსაზღვრავს მოტივაციას კვებითი ჩვევების შესაცვლელად, განსაზღვრავს არასწორი კვებითი პატერნების წინაპირობებსა და შედეგებს, წარმოადგენს ალტერნატივებს ნეგატიური აზროვნების შესაცვლელად.

სუიციდური პაციენტების ან სიცოცხლისათვის საშიში სამედიცინო გართულებების შემთხვევაში შესაძლოა საჭირო გახდეს პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია, რომლის საჭიროებაც დგება შემდეგი სიმპტომების განვითარების შემთხვევაში: ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია, ელექტროლიტური ცვლის მძიმე დარღვევა, სამიზნე ორგანოების დაზიანება, ან სხეულის მასის დაქვეითება ჯანმრთელი სხეულის მასის 85%-ზე ქვემოთ.

მყარი სამედიცინო მტკიცებულება მეტყველებს ინტერპერსონული და კოგნიტიურ-ბიჰევიორისტული თერაპიისა და ანტიდეპრესანტების სასარგებლოდ კომპულსური კვების დარღვევისა და ნევროზული ბულიმიის შემთხვევაში. ამავე დროს ამ დარღვევებისას არც თუ

მყარია მტკიცებულებები, რომლებიც მხარს უჭერს სპეციალისტის ხელმძღვანელობით წარმართული თვითდახმარების პროგრამების გამოყენებას საფეხურებრივი მკურნალობის პირველ ეტაპზე.

კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევების მკურნალობისათვის რანდომიზებული საკონტროლო კვლევების სისტემატური მიმოხილვა გვიჩვენებს ზომიერ მტკიცებულებას სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორების (SSRI), ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების, ანტიეპილეფსიური მედიკამენტებისა და მადის დამთრგუნველი საშუალებების გამოყენების სასარგებლოდ.

ფლუოქსეტინი (60მგ/დღეში) არის კვებითი დარღვევების, მათ შორის ნევროზული ბულიმიის სამკურნალოდ მოწოდებული ერთადერთი მედიკამენტი, რომლის გამოყენებას დასტური მისცა ამერიკის საკვებისა და წამლის ადმინისტრაციამ (FDA). თუმცა ანტიდეპრესანტების სხვადასხვა კლასები აქვეითებს კომპულსურ გადაჭარბებულ კვებით დარღვევას და ღებინებას ნევროზული ბულიმიით შეპყრობილ პაციენტებში, SSRI რეკომენდებულია, როგორც პირველი რიგის მედიკამენტები მათი ეფექტურობისა და უსაფრთხოების გამო.

ქვევითი ან ფარმაკოლოგიური მკურნალობის ეფექტურობა ნევროზული ანორექსიით დაავადებულ პაციენტებში გაურკვეველი რჩება.

მესამე დონის დაწესებულებაში მკურნალობის შემდეგ ბულიმიით დაავადებული პაციენტების დაახლოებით 70% და ნევროზული ანორექსიით დაავადებული პაციენტების 25-50%-ს კლინიკურად არ აღენიშნება კვებითი დარღვევა მკურნალობიდან 10 წლის განმავლობაში.

კონკრეტული რეკომენდაციები და მათი მხარდაჭერი მტკიცებულების თანმხლები ხარისხები შემდეგია:

- ნევროზული ბულიმიითა და კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევის მქონე პაციენტს უნდა შევთავაზოთ ინტერპერსონული და კოგნიტიურ-ბიჰევიორისტული თერაპია (მტკიცებულების ხარისხი A).
- ნევროზული ბულიმიისა და კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევის მკურნალობის საწყის ეტაპად შესაძლოა განხილულ იყოს თვითდახმარების პროგრამა (მტკიცებულების ხარისხი B).
- ნევროზული ანორექსიით დაავადებული პაციენტების უმრავლესობის მართვა უნდა წარმოებდეს მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ მესამე დონის სამედიცინო მომსახურების დაწესებულების ამბულატორიულ განყოფილებაში (მტკიცებულების ხარისხი C).
- პაციენტებს ნევროზული ბულიმიით შესაძლოა დაენიშნოთ ადნტიდეპრესანტი პირველი რიგის მკურნალობის სახით ან ფსიქოთერაპიასთან კომბინაციაში (მტკიცებულების ხარისხი B).

კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევა, ნევროზული ბულიმია და ნევროზული ანორექსია პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში დარღვევებია, რომლებიც მოიცავს კომპლექსურ ფსიქოლოგიურ პრობლემებს,” ასკვნიან მიმოხილვის ავტორები. “მყარი თერაპიული ურთიერთობა ექიმსა და პაციენტს შორის საჭიროა ფსიქო-სოციალური და სამედიცინო ფაქტორების შესაფასებლად, რომლებიც გამოიყენება მომსახურების სათანადო ხარისხის განსაზღვრისათვის”.

ცხრილი №1 კვებითი დარღვევების დროს, პაციენტების ფიზიკური შეფასების შედეგად გამოვლინდება:

გარეგნული ნიშნები	გამოფიტვა (მიუხედავად ნორმალური ან ჭარბი წონისა), ჩავარდნილი ლოყები, მიწისფერი კანი.
სასიცოცხლო ნიშნები	ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია ან ორთოსტატიური ცვლილებები
კანი	სიმშრალე, ღინღლი, უსიცოცხლო ან მტვრევადი თმა, ფრჩხილების ცვლილებები, ჰიპერკაროტინემია, ან სუბკონიუნქტივალური ჰემორაგია
თავი, თვალები, ყელ-ყურ-ცხვირი	ჩავარდნილი თვალები, ტუჩების სიმშრალე, გინგივიტი, კბილის მინანქრის განლევა და კბილის ოკლუზიური ზედაპირი, კარიესი და პაროტიტი
სარძევე ჯირკვლები	ატროფია

კარდიული	მიტრალური სარქელის პროლაფსი, გულის დამატებითი ტონი ან არითმია
მუცელი	სკაფოიდური მუცელი და მისი მტკივნეულობა, პალპაციით – განავლოვანი მარყუქები
კიდურები	კიდურების შეშუპება, კორძებით ხელის ზურგზე (რასელის ნიშანი), აკროციანოზი, რეინოს სინდრომი
ნეირო-მუსკულური	ტრუსოს* სიმპტომი, ან მყესთა ღრმა რეფლექსების დაქვეითება

* ტრუსოს სიმპტომი - ტესტი ჰიპოკალცემიის შესახებ, რომელიც მანიფესტირდება ნეირომუსკულური რეაქციით: წნევის აპარატით ჩავტუმბავთ ჰაერს სისტოლური წნევის ზემოთ სამი წუთის განმავლობაში და დავაკვირდებით კარპალურ სპაზმს, რომელიც გამოიხატება მაჯისა და მეტაკარპოფალანგების სახსრების მოხრით, დისტალური და პროქსიმალური ფალანგთაშორისი სახსრების განზიდვითა და მტევნისა და თითების მოზიდვით (მეანის ხელი).

ცხრილი №2 ნევროზული ანორექსიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

ასაკისა და სიმაღლის შესაბამისად სხეულის ნორმალური წონის ან მინიმალური წონის ზევით შენარჩუნების უარყოფა

წონაში მომატების ან გასუქების ინტენსიური შიში, ნორმალური ან სასურველზე ნაკლები წონის მიუხედავად

მუდმივი წუხილი წონასა და სხეულის ფორმაზე, სხეულის წონის თვითშეფასების არასწორი ზეგავლენა და არსებულ წონაზე მუდმივი, უსაფუძვლო სერიოზული განცდები.

ამენორეა ქალებში პოსტმენარხეს შემდგომ პერიოდში

განსაზღვრეთ სპეციფიური ტიპი:

შეზღუდვის ტიპი: არსებული ეპიზოდებს განმავლობაში არ იკვებება და არც ცდილობს მისგან განთავისუფლებას.

კომპულსური გადაჭარბებული კვებისა და მისგან განთავისუფლების ტიპი: არსებული ეპიზოდების განმავლობაში რეგულარული კვებისა და მისგან რეგულარული განთავისუფლების ქცევები.

ცხრილი №3 ნევროზული ბულიმიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

კომპულსური გადაჭარბებული კვების მორეციდივე ეპიზოდები, როდესაც თითოეული ეპიზოდი ხასიათდება როგორც:

იკვებება უფრო დიდი რაოდენობით საკვებით და უფრო ხშირად, ვიდრე უმრავლესობა ადამიანებისა მსგავს დროსა და მდგომარეობაში.

გადაჭარბებულ კვებაზე თვით-კონტროლის ნაკლებობა არსებული ეპიზოდების განმავლობაში

მორეციდივე არაშესაფერისი კომპენსატორული ქცევა წონაში მომატების პრევენციის მიზნით

კომპულსური გადაჭარბებული კვება და არაადეკვატური ქცევა წარმოიშობა საშუალოდ სამ თვეში ყველაზე ცოტა 2-ჯერ კვირაში.

სხეულის წონის თვითშეფასების არასწორი ზეგავლენა წონასა და სხეულის ფორმიდან გამომდინარე

არ წუხს მხოლოდ ნევროზული ანორექსიის ეპიზოდის განმავლობაში

განსაზღვრეთ სპეციფიური ტიპი:

საკვებისაგან განთავისუფლების ტიპი: არსებული ეპიზოდების განმავლობაში რეგულარულად ცდილობს საკვებისაგან განთავისუფლებას თვით-გამოწვეული ლებინებით, დიურეტიკების ან ლაქსატივების მიღებითა და ოყნით.

საკვებისაგან არა განთავისუფლების ტიპი: არსებული ეპიზოდების განმავლობაში რეგულარულად იყენებს არაშესაფერის კომპენსატორულ ქცევას, როგორცაა უზომოზე ან გადაჭარბებული ვარჯიშები, და არ ცდილობს საკვებისაგან განთავისუფლებას თვით-გამოწვეული ლებინებით, დიურეტიკების ან ლაქსატივების მიღებით და ოყნით.

ცხრილი №4 არასპეციფიური კვებითი დარღვევების დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები

აღნიშნული კატეგორიის კვებით დარღვევებს მიეკუთვნება ყველა სხვა დანარჩენი, რომელიც არ ხვდება სპეციფიური კრიტერიუმებით რომელიმე ჯგუფში, მაგალითად:

ქალები, რომელთაც ნევროზული ანორექსიის კრიტერიუმებით აკმაყოფილებენ ყველას, მაგრამ აქვთ მენზესი.

პაციენტები, რომელთაც ნევროზული ანორექსიის კრიტერიუმებით აკმაყოფილებენ ყველას, მაგრამ არიან ნორმალური წონის.

პაციენტები, რომელთაც ნევროზული ბულიმიის კრიტერიუმებით აკმაყოფილებენ ყველას, გარდა კომპულსური გადაჭარბებული კვება და არაადექვატური ქცევა წარმოიშობა საშუალოდ, სამ თვეში ყველაზე ცოტა 2-ჯერ კვირაში.

ნორმალური წონის პაციენტი რეგულარულად იყენებს არაშესაფერის კომპენსატორულ ქცევას მცირე რაოდენობით საკვების მიღების შემდეგ

რეგულარულად ღეჭავს, მაგრამ არ ყლაპავს დიდი რაოდენობით საკვებს.

კომპულსური გადაჭარბებული კვება: განმეორებითი ეპიზოდები გადაჭარბებული სიხშირისა და რაოდენობის საკვებით, რომელსაც თან არ სდევს ნევროზული ბულიმიისათვის დამახასიათებელი კომპენსატორული ქცევა.

ცხრილი №5 კვებითი დარღვევებით პაციენტის მართვის სახელმძღვანელო დონეების მიხედვით

მახასიათებელი	პირველი დონე ამბულატორიული	მეორე დონე ინტენსიური ამბულატორიული	მესამე დონე სრული დღე ამბულატორიული	მეოთხე დონე რეზიდენციალური	მეხუთე დონე ჰოსპიტალური
სამედიცინო სტატუსი	სტაბილური მდგომარეობა ესაჭიროება ინტენსიური მონიტორინგი			სტაბილური მდგომარეობა (არ ესაჭიროება ინტრავენუზურად სითხეები, ნაზოგასტრული კვება ან მრავლობითი ლაბორატორიული ტესტების ჩატარება	მოზრდილები: პულსი - 40 წთ-ში; TA – 90/60 mmHg; გლუკოზა 60მგ/დლ (3,33 მმოლ/ლ); კალიუმი < 3 მმოლ/ლ; ელექტროლიტური დისბალანსი; ტემპერატურა <36,1°C; დეჰიდრატაცია; ღვიძლის, თირკმლისა და კარდიო-ვასკულურ ორგანოებში ცვლილებები; არა კონტროლირებადი შაქრიანი დიაბეტი
სუიციდის რისკი	თუ სახეზეა სუიციდის რისკი, შესაძლოა დასჭირდეს რისკის დონის შეფასებაზე დაფუძნებული ჰოსპიტალური მონიტორინგი და მკურნალობა				ბავშვებსა და მოზარდებში: პულსი - 40 წთ-ში; TA – 80/50 mmHg; ორტოსტატიკური ცვლილებებით; ჰიპოკალემია; ჰიპოფოსფატემია; ჰიპომაგნეზემია
სხეულის წონა ჯანმრთელი სხეულის წონასთან შედარებით	ზოგადად >85%	ზოგადად >80%	ზოგადად >80%	ზოგადად <85%	ზოგადად <85%; წონის სერიოზული კლება საკვებზე უარის თქმის გამო მაშინაც კი, თუ არ არის ჯანმრთელი სხეულის

<p>გაუმჯობესების მოტივაცია (თანამშრომლობა, შინაგანი განწყობა, შესაძლებლობა აკონტროლოს აკვიატებული ფიქრები)</p>	<p>არსებობს კარგი მოტივაცია</p>	<p>არსებობს მოტივაცია</p>	<p>არსებობს ნაწილობრივი მოტივაცია: კოოპერაცია; პაციენტს აწუხებს განმეორებითი ავი ფიქრები, რომელიც გრძელდება დღეში 3 საათზე მეტი დროის განმავლობაში</p>	<p>სუსტი მოტივაცია; პაციენტს აწუხებს განმეორებითი ავი ფიქრები, რომელიც გრძელდება დღეში 4-6 საათზე მეტი დროის განმავლობაში. პაციენტი თანამშრომლობს მხოლოდ მაღალ სტრუქტურირებული მკურნალობის სისტემის შემთხვევაში</p>	<p>წონის 85%-ზე ნაკლები ძალიან სუსტი ან სუსტი მოტივაცია; პაციენტს აწუხებს განმეორებითი ავი ფიქრები. პაციენტი საერთოდ არ თანამშრომლობს ან თანამშრომლობს მხოლოდ კარგად სტრუქტურირებულ გარემოსთან.</p>
<p>კომორბიდული დარღვევები (მაგ.: ნარკომანია, დეპრესია, შფოთვა და სხვ.)</p>	<p>თანმხლები დაავადებება განაპირობებს მოვლის დონეს</p>			<p>ნებისმიერი თანმხლები ფსიქიატრიული დარღვევის შემთხვევაში ესაჭიროება ჰოსპიტალიზაცია</p>	
<p>ესაჭიროება სტრუქტურა სწორი კვების/წონაში მოსამატებლად</p>	<p>თავად აკმაყოფილებს</p>	<p>თავად აკმაყოფილებს</p>	<p>საჭიროებს სტრუქტურას წონაში მომატებისათვის</p>	<p>ესაჭიროება ყველა კვებაზე ზედამხედველობა ან კვების შეზღუდვა</p>	<p>ესაჭიროება ყველა კვებაზე ზედამხედველობა ჭამამდე და ჭამის შემდეგ ან ნაზოგასტრალური/ სპეციალური კვების მოწყობილობები</p>
<p>აუცილებელი, კომპულსური ვარჯიშების კონტროლის შესაძლებლობა</p>	<p>შეუძლია თვითონ მართოს აუცილებელი, კომპულსური ვარჯიშები თვით-კონტროლის საშუალებით</p>	<p>იმპულსური ვარჯიშების თავიდან აცილების მიზნით, თვით-კონტროლის გარდა, რაღაც ხარისხით, ესაჭიროება გარე სტრუქტურაც. ძალიან იშვიათად, არის ჩვენება უფრო მაღალი მოვლის დონის გამოყენებისათვის.</p>		<p>აუცილებელი, თვით-კონტროლის გარდა, რაღაც ხარისხით, ესაჭიროება გარე სტრუქტურაც. ძალიან იშვიათად, არის ჩვენება უფრო მაღალი მოვლის დონის გამოყენებისათვის.</p>	
<p>საკვებისაგან განთავისუფლების ქცევა (მაგ.: საფლანგოების ან დიურეტიკების გამოყენება)</p>	<p>შესაძლოა მკვეთრად შემცირდეს საკვებისაგან განთავისუფლების ქცევა არასტრუქტურულ ოფისებში. არ არსებობს მნიშვნელოვანი სამედიცინო გართულებები, რომელსაც ესაჭიროება ჰოსპიტალიზაცია.</p>		<p>შესაძლოა დახმარების მიღება სხვა მხარდამჭერი ჯგუფებისაგან ან გამოიყენო შემცნებითი - ქცევითი თერაპია</p>	<p>ესაჭიროება ყველა კვებაზე ზედამხედველობა ჭამამდე და ჭამის შემდეგ და სააბაზანოშიც კი; არ შეუძლია თვითონ აკონტროლოს საკვებისაგან განთავისუფლების მრავლობითი და მწვავე ყოველდღიური ეპიზოდი, რომელიც იწვევს უუნარობას, მიუხედავად სხვა დონეებზე დიდი მცდელობისა მაშინაც კი, როცა ლაბორატორიული ტესტები ნორმალურია.</p>	
<p>გარემოს სტრესი</p>	<p>სხვებს შეუძლიათ უზრუნველყონ ადექვატური ემოციური და პრაქტიკული მხარდამჭერი და ორგანიზაციული სტრუქტურა</p>		<p>სხვებს შეუძლიათ უზრუნველყონ თუნდაც მცირე შეზღუდული მხარდამჭერი სტრუქტურა</p>	<p>მწვავე ოჯახური კონფლიქტები ან პრობლემები ან ოჯახის არქონა, ამდენად არ შეუძლია სტრუქტურირებული მკურნალობის ჩატარება ბინაზე, ან პაციენტი ცხოვრობს მართლ არაადექვატური მხარდამჭერი სისტემების გარეშე.</p>	

**სამკურნალო
პროგრამებზე
გეოგრაფიული
ხელმისაწვდომობა**

პაციენტები ცხოვრობენ პროგრამაში მონაწილე
სამკურნალო დაწესებულებებთან ახლოს

პაციენტები ცხოვრობენ პროგრამაში მონაწილე
სამკურნალო დაწესებულებებისაგან ძალიან შორს

ცხრილი №6 კვებითი დარღვევების სამედიცინო გართულებები

**გართულების ტიპი
კარდიო-ვასკულური**

ნევროზული ანორექსია
ართიმია
ბრადიკარდია
გამტარებლობის დეფექტები
(მაგ.: QT-ს გახანგრძლივება
ეკგ-ს ცვლილებები
(მაგ.: დაბალი ვოლტაჟი,
T ტალღების ინვერსია,
ST სეგმენტის დეპრესია
ჰიპოტენზია
მიტრალური სარქვლის პროლაფსი
პერიფერიული შეშუპება
უეცარი სიკვდილი

ნევროზული ბულიმია
ართიმია
დიეტური აბების ტოქსიურობა
(გულის ფრიალი, ჰიპერტენზია)
ემეტინური კარდიომიოპათია
(იპეკაკუანას სიროპით)
მიტრალური სარქვლის პროლაფსი
პერიფერიული შეშუპება

დერმატოლოგიური

კაროტენოზი
მშრალი კანი,
მტვრევადი ფრჩხილები
Lanugo (რბილი, დაწოლილი, თეთრი თმა,
ხელებსა და გულმკერდზე ქალებში
ანორექსიით)
მტანჯველი ქავილი

რასელის ნიშანი

ენდოკრინული

ამენორეა
ჰიპერჰოლესტეროლემია
ჰიპერკორტისოლემია
ჰიპოგლიკემია
ტემპერატურის რეგულაციის დარღვევა
უმვილობა
ნეიროგენური უშაქრო დიაბეტი
ოსტეოპენია/ოსტეოპოროზი
თიროიდული დარღვევები

ამენორეა
ჰიპოგლიკემია
არარეგულარული მენჯესი
მინერალოკორტიკოიდების სიჭარბე
ოსტეოპენია

გასტრო-ინტესტინური

ღვიძლის ფუნქციური სინჯების დარღვევა
მწვავე გასტრალური დილატაცია ახალი
საკვების გამო
ბოყინი/სისავსის შეგრძნება
ყაბზობა
კუჭის დაცლის გადავადება
პანკრეატიტი
გასტრო-ინტესტინური მოტორიკის
შენელება

მწვავე გასტრალური დილატაცია
კატარქტიკული კოლონი
ყაბზობა საფადარათოების
ავად გამოყენების გამო
დენტალური ეროზიები
საყლაპავის გასკდომა
ეზოფაგიტი
გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსი
მალორი-გეის სინდრომი
ყბაყურა ჯირკვლის შესიება
პანკრეატიტი უკონტროლო კვებისაგან

ჰემატოლოგიური	ანემია (ნორმოციტური, ნორმოქრომული) ედს-ის დაქვეითება მსუბუქი ლეიკოპენია შედარებითი ლიმფოციტოზით თრომბოციტოპენია	არ არის გავრცელებული პრობლემები
მეტაბოლური	დეჰიდრატაცია ელექტროლიტური დისბალანსი შრატის კაროტინის მომატება გადაჭარბებული კვების სინდრომი	დეჰიდრატაცია ელექტროლიტური დისბალანსი
ნევროლოგიური	შემეცნების დარღვევა ფსეუდოატროფია (მაგ.: ცერებრული პარკუჭების გაგანიერება და ცერებროსპინალური ექსტერნალური სითხის არეები) კრუნჩხვები	შემეცნების დარღვევა ქერქის ატროფია, პარკუჭების გაგანიერება, პერიფერიული ნეიროპათია
პულმო-მედიასტინური	პულმონური შესაძლებლობების დაქვეითება	ასპირაციული პნევმონია ღებინებით გამოწვეული პნევმომედიასტინუმი პნევმოთორაქსი ან ნეკნების მოტეხილობები
რენალური	აზოტის კონცენტრაციის მომატება სისხლში თირკმლის კენჭები	აზოტის კონცენტრაციის მომატება სისხლში თირკმლის კენჭები

ცხრილი №7 თვითდახმარების სახელმძღვანელო კომპონენტები

კომპონენტები	მიზნები და სტრატეგიები
დაიწყეთ საკვების მოხმარებაზე თვით-მონიტორინგი	დაიცავით დრო, ადგილი, სიტუაცია და კვებითი ქცევის შინაარსი ჩამოაყალიბეთ გარემო, შემეცნება და ემოციური პრეციპიტატორები და არაკონტროლირებადი კვებისა და მისგან განთავისუფლების პასუხი კარგად გააცნობიერეთ რა არის ჯანსაღი კვების ჩვევები
შეისწავლეთ ჭამისა და წონის ურთიერთ დამოკიდებულება და ჩამოაყალიბეთ სტანდარტული კვების განრიგი	მიიღეთ ინფორმაცია ჯანსაღი წონის მაჩვენებლების შესახებ, გაეცანით კვებითი დარღვევების ფიზიკური შედეგებისა და საკვებისაგან განთავისუფლების არაეფექტურობას წონის მართვის თვალსაზრისით. იკვებეთ სამჯერადად დღეში და 2-3-ჯერ წაიხემსე ძირითად კვებებს შორის; მოისროლეთ ის საკვები, რომელიც ხელს უწყობს არაკონტროლირებადი კვებისა და მისგან განთავისუფლების ჩვევის დავიწყებას.
ჩამოაყალიბეთ და განავითარეთ გაუკონტროლებელი კვებისა და მიღებული საკვებისაგან განთავისუფლების ალტერნატივები	თავი აარიდეთ ღებინების გამოწვევას ჭამის შემდეგ განახორციელეთ შენთვის სასიამოვნო აქტივობები, რომელიც დაგეხმარება მავნე ჩვევებიდან თავის დაღწევაში (გასეირნება, ტელეფონით საუბარი, წერილების წერა, ტელევიზორის ყურება, შხაპის მიღება და სხვ.)

განავითარეთ პრობლემის გადაჭრის სტრატეგია	დაიჯერეთ, რომ ძალიან მალე დასძლევ მავნე ჩვევებს ისწავლეთ, ადრეულ ეტაპზე პრობლემების განსაზღვრა განავითარეთ პრობლემების გადაჭრის სტრატეგიები (მაგ.: აითვისე რელაქსაციის ტექნიკა და სხვ.)
შემცირეთ მკაცრი დიეტა	მნიშვნელოვანია, ბალანსირებული ჯანსაღი კვების წახალისება და არაჯანსაღი დიეტური სტრატეგიების თავიდან აცილება, როგორცაა კვების პერიოდების შემცირება, არარეალისტური სამიზნე კალორიები, სპეციფური საკვებით კვება
განავითარეთ გამწვავებისა და პრევენციის სტრატეგიები	დროულად გააცნობიერეთ დაშვებული შეცდომები და დაგეგმეთ პრობლემის გადაჭრის გზები (მაგ.: ხელახალი თვითმონიტორინგის დაწყება, ექიმთან ჩაწერა და ა.შ.)

ცხრილი №8 პრაქტიკული კითხვები და ფაქტები კვებითი დარღვევების შეფასებისა და მკურნალობისათვის

მიზანი	კითხვები/ფაქტები
კვებითი ჩვევების შესახებ საუბრის დაწყება	შეიძლება ვისაუბროთ თქვენი კვების ჩვევების თაობაზე? მე მაწუხებს თქვენი კვება. შეგვიძლია ვისაუბროთ ტიპიურად როგორ იკვებებით?
კვებითი ჩვევების შეცვლის მოტივაციის შეფასება	0-დან 10-მდე შეფასების შკალას თუ გამოვიყენებთ, როგორ შეაფასებდით რომ შეგიძლიათ კვების ჩვევის შეცვლა? რა გაგხდით უფრო თავდაჯერებულს? რა მოგწონთ თქვენი კვებით ქცევაში? რა არ მოგწონთ? რა სარგებლობას მოგიტანთ კვების შეცვლა? რა არის მარტივი გზა თქვენთვის კვების ჩვევის შესაცვლელად? რამდენად შეიცვლება თქვენი ცხოვრება, თუკი ამდენ დროს არ დაუთმობთ კვებაზე ფიქრს? როგორც გავიგე, თქვენი კვების ჩვევები გეხმარებათ იმაში, რომ გაიყვანოთ დრო.
წინა ფაქტორებისა და შედეგების განსაზღვრა კვებითი დარღვევების დროს	თუ გრძნობთ, რომ დაკარგეთ კონტროლი იმაზე, თუ როგორ იკვებებით? რამდენად ხშირად ფიქრობთ ამაზე? განსაკუთრებით, როდის იკვებებით ასე უკონტროლოდ? ზოგჯერ, ადამიანები არასწორად იკვებებიან როდესაც წუხან, დარდობენ, აქვთ სხვადასხვა ტიპის სტრესები, შფოთავენ. თქვენც ხომარ უკავშირებთ მსგავს მდგომარეობას? რას გრძნობთ, ვიდრე დაიწყებდით კომპულსურად კვებას? ჭამის შემდეგ? რას გრძნობთ საკვებისაგან ხელოვნურად განთავისუფლების წინ? მას შემდეგ? როგორ ზემოქმედებას ახდენს თქვენს ყოველდღიურ საქმიანობაზე თქვენი კვების რეჟიმი? ხომ არ გრძნობთ დაღლილობას? ყურადღების კონცენტრაციის გამწელებას? ზოგჯერ ადამიანები ფიქრობენ, რომ მთელი დღე იკვებებიან და უჭირთ სხვა რამეზე კონცენტრირება.

თქვენც ასე ხომ არ გემართებათ?

ალტერნატივების გზების ჩამოყალიბება

როცა გრძნობთ, რომ სასწრაფოდ უნდა ჭამოთ, რა შეგიძლიათ გააკეთოთ მის ნაცვლად? განიხილეთ ყველა ის სიტუაცია, რომელიც გადაგატანინებთ ამ მდგომარეობას.

უარყოფითი დამოკიდებულების შეცვლა

ვისი მოთხოვნაა, რომ იყოთ სრულყოფილი? ვინ განსაზღვრავს, თუ რას ფიქრობთ საკუთარ თავზე? რისი გაკონტროლება შეგიძლიათ?

კვლევების მიმოხილვა - კლინიკური კონტექსტი

პაციენტები კვებითი დარღვევებით ჩვეულებრივ არ წარმოადგენენ ამ დარღვევისათვის დამახასიათებელ ჩივილებს, როგორც ძირითადად. კვებითი დარღვევების გავრცელება და სიცოცხლისათვის მათი პოტენციური საშიშროება მოითხოვს კლინიცისტებისაგან სიფხიზლეს დიაგნოზის განსაზღვრის მიზნით, განსაკუთრებით მდებარეობითი სქესის ახალგაზრდა პაციენტის შემთხვევაში. სიცოცხლის განმავლობაში პრევალენტობა შემდეგია: ნევროზული ანორექსია - 0.6%, ნევროზული ბულიმია - 1.0%, კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევა- 2.8%. რისკი 3-ჯერ მაღალია ქალებში მამკაცებთან შედარებით, ხოლო მისი დაწყების საშუალო ასაკია 18-21 წელი.

ნევროზული ბულიმიით დაავადებული პაციენტების დაახლოებით 70%-ს და ნევროზული ანორექსიით დაავადებული პაციენტების 27-50%-ს არ გამოვლინდება კვებითი დარღვევის დამადასტურებელი კლინიკური ნიშნები მესამე დონის სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებაში მკურნალობიდან 10 წლის განმავლობაში. კვებითი დარღვევების პირველადი ჯანდაცის დონეზე მართვის წინამდებარე მიმოხილვა წარმოადგენს მართვის სტრატეგიებს გამოსავლების ოპტიმიზაციის მიზნით, ასევე ნევროზული ანორექსიის, ნევროზული ბულიმიისა და კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს.

- კლინიცისტებს შეუძლიათ ჩაატარონ სკრინინგი კვებით დარღვევებზე რისკის ჯგუფის პაციენტებისათვის რუტინული სამედიცინო მომსახურების გაწევისას.
- სიმპტომები: სისუსტე, თავბრუსხვევა, ენერჯის დაქვეითება, ამენორეა, წონის მომატება ან დაქვეითება, ყაბზობა, ბოყინი, დისკომფორტი მუცლის არეში, კუჭის წვა, ყელის ტკივილი, გულისცემა, პოლიურია, პოლიდიფსია და უძილობა.
- დაავადებების ადრეულ ეტაპებზე კვებითი დარღვევების მქონე პაციენტების უმრავლესობას გასინჯვისას კლინიკური გამოვლინება არ აღენიშნება.
- კვებითი დარღვევების შორს წასული ფორმების დროს კლინიკური ნიშნები მოიცავს შემდეგს: გამოფიტული გერეგნობა, ჩავარდნილი თვალები ან ლოყები, კანი – მიწისფერი და მშრალი, ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია, ორთოსტაზი, თმისა და ფრჩხილების ცვლილებები, ჰიპერკაროტინემია, სუბკონიუნქტივალური ჰემორაგია, გინგივიტის, კბილის მინანქრის განლევა, კბილის კარიესი, პაროტიტი, სარძევე ჯირკვლების ატროფია, მიტრალური სარქველის პროლაფსი, არითმიები, მუცლის პალპაციით - განავლოვანი მარყუჟები, შეშუპება, რასელის ნიშანი, აკროციანოზი, რეინოს სინდრომი, ტრუსოს ნიშანი, ან ჰიპორეფლექსია.
- კვებითი დარღვევების მქონე პაციენტების უმრავლესობის მართვა კლინიკური და ფსიქოლოგიური ფაქტორების უწყვეტი მონიტორინგის მიზნით კარგად შეიძლება ამბულატორიულ პირობებში ჯანდაცვის მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ, რომლის შემადგენლობაში შედიან ექიმი, დიეტოლოგი და ფსიქოთერაპევტი.
- ექიმს ენიჭება მკოორდინირებელი და გუნდის სხვა წევრების ფასილიტატორის ფუნქცია; ის აფასებს კლინიკურ გართულებებს, აწარმოებს წონისა და კვებითი სტატუსის მონიტორინგს. შესაძლოა საჭირო გახდეს ფსიქიატრის კონსულტაცია.

- საჭიროა ექიმსა და პაციენტს შორის მჭიდრო თერაპიული ურთიერთობა ფსიქოლოგიური და სამედიცინო ფაქტორების შესაფასებლად შემდგომი სათანადო სამკურნალო ღონისძიებების დაგეგმვისათვის.
- სუიციდალური ან სიცოცხლისათვის საშიში გართულებების მქონე პაციენტებისათვის შესაძლოა საჭირო გახდეს სტაციონარული მკურნალობა.
- შემდეგი გართულებები საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას: ბრადიკარდია, ჰიპოტენზია, ჰიპოთერმია, მძიმე ელექტროლიტური დისბალანსი, სამიზნე ორგანოების დაზიანება ან წონის დაქვეითება ჯანმრთელი სხეულის მასის 85%-ზე ქვემოთ.
- ნევროზული ბულიმიითა და კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევით პაციენტები საჭიროებენ ინტერპერსონალურ ან კოგნიტიურ-ქცევით თერაპიას.
- ქცევითი თერაპიის სპეციალისტების მიერ უნდა დაინიშნოს კოგნიტიურ-ქცევითი, ინტერპერსონული ან ოჯახური თერაპია; სათანადო შემთხვევებში – ფარმაკოთერაპია.
- საფეხურებრივი სტრატეგიით განისაზღვრება პირველი ჩარევა – პაციენტის კონკრეტული საჭიროებებიდან და არსებული რესურსებიდან გამომდინარე.
- ნევროზული ბულიმიისა და კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევის შემთხვევაში მკურნალობის პირველ ეტაპად განიხილება თვითდახმარება.
- ნევროზული ანორექსიით დაავადებული პაციენტების უმრავლესობის მართვა საჭიროა მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ მესამე დონის ამბულატორიულ კლინიკაში.
- ნევროზული ბულიმიის მქონე პაციენტებისათვის მიზანშეწონილია ანტიდეპრესანტები, როგორც პირველი რიგის თერაპია, ან ფსიქოთერაპიასთან კომბინაციაში.
- რანდომიზებული საკონტროლო კვლევების სისტემური მიმოხილვა იძლევა ზომიერ მტკიცებულებას SSRI-ს, ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების, ანტიეპილეფსიური პრეპარატების, მადის დამთრგუნველი მედიკამენტების ეფექტურობის შესახებ კომპულსური გადაჭარბებული კვებითი დარღვევის შემთხვევებში.
- ფლუოქსეტინი (60მგ/დღეში) არის აშშ საკვებისა და მედიკამენტების ადმინისტრაციის მიერ ლიცენზირებული პრეპარატი კვებითი დარღვევების, განსაკუთრებით ნევროზული ბულიმიის სამკურნალოდ. SSRI რეკომენდებულია, როგორც პირველი რიგის თერაპია ნევროზული ბულიმიის დროს მათი ეფექტიანობისა და უსაფრთხოების გამო.
- ქცევითი ან ფარმაკოლოგიური თერაპიის ეფექტიანობა ნევროზული ანორექსიით დაავადებულ პაციენტებში ჯერჯერობით გაურკვეველია.
- პაციენტებთან საექვო დიაგნოზით კვებით დარღვევებზე კლინიცისტებმა უნდა დაიწყონ საუბარი კვებითი ჩვევების შესახებ, განსაზღვრონ მოტივაცია კვებითი ჩვევების შესაცვლელად, განიხილონ არასწორი კვებითი ჩვევების წინაპირობები და შედეგები, და დაეხმარონ პაციენტებს ჭარბი კვების ალტერნატივების შემუშავებასა და უარყოფითი ფიქრების დაძლევაში.



სტრატეგია

მთავარი

ჩვენს შესახებ

განათლება

მომსახურების ხარისხი

სტრატეგია

ჯანმრთელობის სიახლეები

კონტაქტი

საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრი

